



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**"FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE  
QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE PARTO.  
HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO.  
DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017"**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. VALDEIGLESIAS ABARCA, MARÍA PALOMA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**JULIACA – PERÚ  
2017**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TESIS**

**"FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE  
QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE PARTO.  
HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO.  
DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017".**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. VALDEIGLESIAS ABARCA, MARIA PALOMA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:**

**PRESIDENTE**

:

Mg. Jeremías Jara Atencia

**PRIMER MIEMBRO**

:

Dr. Angel Hugo Becerra Del Carpio

**SEGUNDO MIEMBRO**

:

Mg. Demetrio Enrique Pinto Rodriguez

**ASESOR**

:

Mg. Edger Cotacallapa Calcina

JULIACA – PERÚ  
2017





## UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

SE APRUEBA PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

### RESOLUCIÓN Nº 098-2017-D-FCS-UANCV

Juliaca, 10 de abril del 2017

#### VISTOS:

El Dictamen de Perfil de Tesis de fecha 03 de abril 2017 y el expediente presentado por: VALDEIGLESIAS ABARCA, María Paloma, quien solicita la aprobación del proyecto de Tesis Titulado: "FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE PARTO. HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO. DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017". Para optar el título profesional de Médico Cirujano.

#### CONSIDERANDO:

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la comisión de Grados y Títulos ha designado el jurado pertinente, el mismo que está integrado por: Mg. JEREMIAS JARA ATENCIA

Presidente	:	Mg. JEREMIAS JARA ATENCIA
1er Miembro	:	Dr. ANGEL HUGO BECERRA DEL CARPIO
2do. Miembro	:	Mg. DEMETRIO ENRIQUE PINTO RODRIGUEZ

Que, el jurado designado ha emitido el dictamen favorable para que dicho proyecto pueda ser aprobado por Resolución.

Que, es requisito indispensable contar con un Docente Ordinario de la Facultad quien oficiará de Director de Tesis;

Estando el informe favorable de la Comisión de Grados y Títulos, en concordancia con el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria Nº 30220, Ley de Creación de la UANCV Nº 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. Nº 739 y el estatuto de la UANCV, al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.

#### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** APROBAR el PROYECTO DE TESIS: "FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE PARTO. HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO. DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017". Presentado por VALDEIGLESIAS ABARCA, María Paloma, de conformidad con el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dispone su EJECUCIÓN.

**SEGUNDO:** RECONOCER, como DIRECTOR DE TESIS al Docente Ordinario de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mg. EDGAR COTACALLAPA CALCINA

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Comisión de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y el Secretario Académica de la Facultad quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.





### DEDICATORIA

A mis padres, por haber sido siempre mi ejemplo a seguir.

A mis abuelitos Carmen, Lucho y Herlinda por su amor y confianza incondicional; y a la memoria de mis abuelos Raúl y Mario.



### AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar mi camino en cada paso.

A mi familia, por su amor, apoyo y confianza durante todos mis años de estudio, por caminar de mi mano corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.



## ÍNDICE

### CAPÍTULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. INTRODUCCIÓN .....	1
B. ENUNCIADO DEL ESTUDIO, PROBLEMA GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	2
1. ENUNCIADO DEL ESTUDIO .....	2
2. PROBLEMA GENERAL .....	3
3. PROBLEMAS ESPECÍFICOS .....	3
C. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
D. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
E. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS .....	6
1. OBJETIVO GENERAL.....	6
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

A. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1. FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE .....	8
1.1. FACTORES PERSONALES .....	10
1.1.1. Edad de las pacientes.....	11
1.1.2. Edad de inicio de la actividad sexual.....	11
1.1.3. Estado civil.....	13
1.1.4. Talla de las pacientes .....	13
1.2. FACTORES SOCIO-CULTURALES .....	14
1.2.1. Conocimientos en planificación familiar.....	15
1.2.2. Conocimientos en educación sexual .....	16
1.3. FACTORES OBSTÉTRICOS.....	17
1.3.1. Número de controles pre natales .....	18
1.3.2. Edad gestacional .....	19
1.3.3. Distocias de presentación .....	21
1.3.4. Embarazo múltiple .....	23
1.4. Patologías durante el embarazo .....	24
1.4.1. Hipertensión inducida por la gestación.....	25
1.4.2. Infección urinaria.....	26
2. TIPO DE PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES.....	28
B. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	30





### CAPITULO III

#### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES E HIPÓTESIS

A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	40
B. HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS .....	42
1. HIPÓTESIS GENERAL .....	42
2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS .....	42

### CAPÍTULO IV

#### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. TIPO, LINEA Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	44
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	44
2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	44
3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	44
B. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	44
C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN .....	45
D. MATERIALES Y MÉTODOS .....	45
E. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	47

### CAPÍTULO V

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS .....	49
B. DISCUSIÓN .....	90
C. CONCLUSIONES .....	93
D. RECOMENDACIONES .....	94
E. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95

### CAPÍTULO VI

#### ADENDAS O ANEXOS

A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	100
B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	102
C. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO .....	103

### INFORME FINAL

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### A. INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años se ha observado un aumento creciente de la frecuencia de embarazos en adolescentes, 16 millones de mujeres adolescentes paren cada año en el mundo; la quinta parte de todos los nacimientos<sup>1,2</sup>. Este hecho, se viene manifestando en diversos países de América Latina incluyendo el nuestro.

La adolescencia es el proceso continuo del ser humano en el cual se produce la transición entre la infancia y el inicio de la edad adulta, con grandes cambios en aspectos biológicos, psicológicos y una profunda transformación de la interrelación y las relaciones sociales<sup>3</sup>.

La salud de las adolescentes es un componente clave para el avance social, económico y político de los países y regiones de América<sup>4</sup>. Se debe considerar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes como prioridad, mediante una sólida participación de los actores comprometidos con la salud y la educación. Un ejemplo de ello, es que el nivel educativo de las niñas tiene un efecto visible en la reducción de la tasa de fecundidad<sup>5</sup>. El embarazo durante la adolescencia se considera a nivel mundial como un problema de salud pública, por el incremento de la morbilidad y muerte materna y neonatal<sup>6</sup>.

Se puede considerar que algunos determinantes como la estructura familiar, las condiciones socioeconómicas, el bajo nivel educativo y la presión social, podrían influir en las jóvenes para iniciar tempranamente su práctica sexual, el riesgo a quedar embarazada o, por el contrario, el decidir por el aborto<sup>7,8</sup>.



Esta realidad se ha incrementado tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Se estima que 16 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años tienen un hijo, con una prevalencia del 18% en América Latina y el Caribe<sup>9</sup>. El embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a las posibles complicaciones durante la gestación como lo son la preeclampsia y anemia<sup>10</sup>; también, la infección urinaria es otro aspecto que se presenta a menudo<sup>11</sup>. Por otro lado, la desnutrición materna durante la adolescencia influye en el bajo peso del neonato<sup>12</sup>, condicionando así mayor morbi mortalidad de este.

Estos factores, por si solos o en conjunto, actuarían como puntos clave para determinar el tipo de parto al que se verá sometida la gestante adolescente.

## **B. ENUNCIADO DEL ESTUDIO, PROBLEMA GENERAL Y ESPECÍFICOS**

### **1. ENUNCIADO DEL ESTUDIO**

La gestación adolescente está considerada dentro del grupo de embarazos de alto riesgo debido no solo a la inmadurez del organismo de la madre, sino también a su falta de madurez emocional para enfrentar el proceso de la gestación y el parto, teniéndose en muchas ocasiones que someter a la paciente a intervenciones quirúrgicas como la cesárea que por sí misma ya aumenta el riesgo para la vida de la paciente, e incrementa el tiempo de recuperación después del parto.

Se realizó la presente investigación tomando como población de estudio a todas las gestantes adolescentes que acudieron al departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco para la atención de sus partos, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.

## 2. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017?

## 3. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son los factores personales inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017?
2. ¿Cuáles son los factores socioculturales inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017?
3. ¿Cuáles son los factores obstétricos inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017?
4. ¿Cuáles son las patologías durante el embarazo de la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017?
5. ¿Cuál es la frecuencia de cada tipo de parto de la gestante adolescente en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017?

### **C. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Delimitación geográfica: El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la ciudad del Cusco, en el Hospital Antonio Lorena, especialmente en el Departamento de Gineco Obstetricia.

Delimitación poblacional: se realizó la investigación en gestantes adolescentes que acuden al Hospital Antonio Lorena para la atención de su parto.

Delimitación temporal: el periodo de estudio estuvo dado entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017

### **D. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio de embarazos adolescentes remite un amplio abanico de trabajos que en los últimos años se han desarrollado en todo el mundo, y con mayor extensión en países latinoamericanos; este creciente interés por la investigación de los embarazos adolescentes surgió a partir de la enunciación de este hecho como un problema de salud pública<sup>13</sup>.

El aumento en la frecuencia de los embarazos a tan temprana edad, cuando aún no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, se debe a varios factores, dentro de los cuales se resalta la maduración sexual más temprana, determinada por la menarquia como consecuencia del inicio de mecanismos endocrinos que permiten la reproducción; este hecho, que se presenta a edades más tempranas que en generaciones previas, lleva implícito el despertar sexual sumado con la influencia del medio ambiente rico en estímulos eróticos y la mala educación sexual y la ignorancia en temas de planificación familiar. Cuando los coitos hacen parte de la vida sexual del adolescente, diversos métodos pueden utilizarse de forma inocua y segura, pero la ausencia de estos conocimientos

contribuye a hacerlo propenso a embarazos no deseados. Debemos agregar a esto la falta de canales de comunicación dentro del entorno familiar, la pérdida del valor de la familia, y la necesidad de dependencia y protección<sup>14</sup>

El incremento del embarazo en la adolescencia, su contribución al crecimiento acelerado de la población, sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño y su contribución a la persistencia de la pobreza<sup>15</sup>, constituyen un problema con profundas implicaciones, a las que debemos prestar mayor interés.

En determinados casos, surgen en la gestante algunas complicaciones o factores que la alejan de la posibilidad que tener un parto eutócico, por vía vaginal, teniéndose que recurrir a la resolución del embarazo por vía abdominal, lo que trae consigo mayores costos para las unidades de salud y para las pacientes, además la recuperación es de mayor duración que la de un parto por vía vaginal y su asociación con mayor riesgo de morbi - mortalidad materno -

La incidencia de interrupción del embarazo por vía abdominal continúa siendo muy elevada en múltiples unidades médicas de nuestro país. Esto acarrea una problemática no solamente desde el punto de vista médico, sino también psico-social y asistencial. El hecho de llevar a cabo este estudio en una unidad médica donde se atiende población abierta, en particular la población rural y la marginal urbana, que es la población donde el embarazo temprano es más frecuente, y los patrones socioculturales son conservados, donde hay poco acceso a metodologías anticonceptivas; consideramos que aportará a que los resultados encontrados sean más satisfactorios y fidedignos.

Con el presente proyecto de investigación se pretende determinar los factores principales que predisponen a las gestantes adolescentes a la culminación de sus embarazos en un determinado tipo de parto, sea este de manera fisiológica en un parto vaginal o que surja durante la gestación o el trabajo de parto alguna eventualidad que la conlleve a una cesárea; volviendo a la madre aún más



vulnerable a los posibles riesgos y consecuencias que acarrea una intervención quirúrgica.

De esta manera, y dejando claros los riesgos que representa la gestación y el parto en una adolescente, este estudio pretende servir de impulso para la formulación de programas de prevención y apoyo a este sector tan vulnerable de la población.

## **E. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Evidenciar cuales son los factores inherentes a la gestante adolescente influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Evidenciar cuales son los factores personales inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.
2. Evidenciar cuales son los factores socioculturales inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.
3. Evidenciar cuales son los factores obstétricos inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.



4. Evidenciar cuales son las patologías durante el embarazo de la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.
5. Demostrar cual es la frecuencia de cada tipo de parto de las gestantes adolescentes en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### A. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 1. FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE

La investigación en torno al tema de embarazos adolescentes es hasta el momento un tema ampliamente estudiado durante los últimos años debido a la enunciación de este hecho como un problema de salud pública, siendo importante considerar el incremento de la población joven en el mundo; es además un fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva<sup>13</sup>.

Según datos tomados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática para el año 2015 en nuestro país se reporta que 8 millones 377 mil, que representa el 27% del total de la población, pertenecen al grupo de los jóvenes, y de dicha población joven, 4 millones 136 mil son mujeres y 4 millones 241 mil son hombres.

La organización mundial de la salud establece que la adolescencia es el periodo que transcurre entre los 10 y 19 años. Es la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta, es además un periodo de crecimiento y maduración, de aparición de caracteres sexuales secundarios y adquisición de la capacidad reproductiva<sup>17</sup>. Se adquiere madurez en el desarrollo cognoscitivo, personalidad y valores éticos y morales y se produce la adaptación al grupo social y cultural de su tiempo y entorno<sup>1</sup>.

Se distinguen dos periodos importantes en la adolescencia; la *adolescencia temprana*; que, tomada en un sentido amplio, podría considerarse al período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que,

por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias<sup>18</sup>.

Durante la adolescencia temprana, el adolescente a penas a dejado de ser niño, se encuentra en una etapa de transición que requiere contar con un entorno adecuado, y que facilite este cambio, ya que de esto depende su desenvolvimiento futuro en la sociedad, como adulto, y sobre todo, la confianza que debe lograr en sí mismo.

El otro periodo abarcado es la *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años, etapa en la cual ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose<sup>18</sup>.

Esta etapa es de vital importancia para el adolescente, en el que ya se vienen observando los rasgos de un adulto, el adolescente ya tiene una personalidad mejor formada y ya estableció su propia identidad; pero es también durante esta etapa que se ve víctima de diversos tabúes muy comunes en nuestra sociedad, siendo uno de los principales, lo referido a la sexualidad; la necesidad de información en temas de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente del VIH y sobre todo los embarazos precoces, que es uno de los problemas que en los últimos años ha venido incrementando.

En América Latina y el Caribe, anualmente se reportan 13 millones de partos, de los cuales, 2 millones son de adolescentes, el 15% del total. El Centro Latinoamericano de Demografía estima que el porcentaje de nacimientos derivados de madres adolescentes es cercano al 20%; la UNICEF y la UNIFEM, lo establecen entre un 15% y 26%<sup>13</sup>.

El embarazo adolescente en Perú subió al 14,6 % en 2014, lo que representó un incremento del 1,6 % desde el 2000, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicados en Lima para el año 2014.



Como vemos, el embarazo adolescente se viene convirtiendo cada vez más en un problema que requiere de atención, entonces, es inevitable preguntarse ¿Si el embarazo en adolescentes ha sido tan investigado, porque el fenómeno sigue incrementando? Mucho se ha hecho, desde las políticas públicas en educación sexual, la prevención del embarazo y la promoción de estilos de vida saludables, pero pocos son los estudios que han abordado este hecho desde los mitos y creencias inmersas en el embarazo, y en las prácticas anticonceptivas de los adolescentes, como un factor que incide y sostiene este problema<sup>13</sup>.

Un estudio que se realizó en América Latina muestra que las niñas que dan a luz antes de los 16 años tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que las mujeres mayores de 20 años; y una de las principales causas de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años de todo el mundo son las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y el parto<sup>19</sup>.

### 1.1. FACTORES PERSONALES

Como personal de salud, debemos tener en cuenta, que, al atender a una gestante adolescente, hay algunos datos importantes que son muy útiles para poder garantizar una adecuada atención a este tipo de pacientes, y más aún, reducir en lo posible el riesgo de complicaciones propias de la gestación, y de la edad, que solo alejaran a la paciente de la posibilidad de tener un parto fisiológico y la predisponen a partos distócicos, instrumentados y cesáreas.

Al ser la adolescente un ser aún en desarrollo no podemos esperar que todos los procesos del parto se lleven a cabo como lo harían en una mujer adulta, que ya ha desarrollado no solo físicamente, sino también mental y emocionalmente; es por esto que es importante que la adolescente cuente

con el mayor apoyo posible de su familia, su pareja y la sociedad, para afrontar esta etapa de cambios que representa la gestación y el parto.

#### **1.1.1. Edad de las pacientes**

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer, el embarazo y parto antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal, en especial el embarazo en menores de 20 años y el embarazo adolescente<sup>19</sup>.

Elena Zúñiga, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en el Perú, señaló que las madres menores de 16 años tienen cuatro veces más riesgos de morir en el parto que una mujer mayor de 20 años<sup>20</sup>. Además, se encuentra una relación entre el tipo de parto con la edad de la madre, y hay una mayor predisposición a cesáreas mientras menor es la edad<sup>20</sup>.

El Ministerio de salud, reporta que, en la última década, la cifra de madres menores de 15 años pasó de 936 casos en 2005 a 1,040 nacimientos en el año 2015. Esto quiere decir que, en el Perú, cada día del año, al menos 4 menores de 15 años de edad se convierten en madres, encontrándose en este grupo un mayor número de cesáreas en comparación con gestantes de mayor edad.

#### **1.1.2. Edad de inicio de la actividad sexual**

Para Elena Zúñiga, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en el Perú, una de las causas por las que aumentó el embarazo en menores de 15 años sería el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales. En setiembre del 2016 el INEI informó que el 6,3% de las adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de



los 15 años, y el 0,6% tuvieron un bebé antes de cumplir 15 años, y según los datos del Ministerio de la Mujer, los jóvenes inician su vida sexual antes de los 18 años, en muchos casos por factores culturales, porque hay muchas familias donde se consiente esta práctica desde más jóvenes<sup>20</sup>.

La edad en la que una niña comienza la etapa de pubertad depende de muchos factores, personales y ambientales. Sin embargo, se ha notado en diversos países a nivel mundial que, esta edad ha disminuído y que las niñas están mostrando las señales de desarrollo sexual más temprano hoy en día que en los años pasados; hecho que según la literatura conforma parte de la denominada "pubertad precoz"; asociada a un inicio temprano de la actividad sexual. Durante la adolescencia, se produce en la niña la menarquia, o primera menstruación, que es un evento tardío en la secuencia de desarrollo puberal, que constituye el indicador de maduración sexual más comúnmente utilizado<sup>21</sup>.

Esto es importante teniendo en cuenta que en los últimos años se ha mostrado un adelanto de la edad de la menarquia y telarquia, entre los 7 y 8 años, según lo evidencian estudios chilenos y americanos<sup>22</sup>; exponiendo a estas niñas a ver despertada su sexualidad a más temprana edad, pero a su vez, tienen menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos, por lo cual, proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a los niños y niñas que están en los primeros años de la adolescencia, e impartirles conocimientos sobre este tema, es imprescindible.

Sin embargo, un despertar sexual más temprano, no significa que el desarrollo físico de la adolescente se haya completado, y al presentarse el embarazo y posteriormente el parto, se manifiestan también complicaciones propias de la inmadurez física y emocional de la paciente, que la alejan de un parto eutócico.

### 1.1.3. Estado civil

Actualmente la transmisión intergeneracional de la pobreza se manifiesta con mayor claridad entre las niñas adolescentes, en algunos países, casi un 30% de las niñas contraen matrimonio antes de cumplir 15 años<sup>23</sup>.

El matrimonio precoz, que es común en nuestra sociedad, generalmente en ciudades y comunidades de la sierra, donde los padres a menudo lo consideran conveniente para proteger a las niñas de la depredación sexual, la promiscuidad y el ostracismo social; pero las niñas que se casan a una edad temprana también están más expuestas a quedar atrapadas en el ciclo negativo de embarazos prematuros, altas tasas de morbilidad y mortalidad materna<sup>24</sup>.

Sin embargo, en el Hospital Antonio Lorena, en el que se realizó el estudio, se observó que una adolescente casada o conviviente, que cuenta con el apoyo de una pareja que vive con ella y de una familia que apoya esta unión, tiene mayor posibilidad de llevar un embarazo mejor controlado y de esta manera reduce la posibilidad de desarrollar complicaciones durante la gestación, que la pueda llevar a un parto distócico.

### 1.1.4. Talla de las pacientes

La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y cesáreas<sup>25</sup> la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico<sup>26</sup>.

La primigestación asociada a talla baja es otro factor que determina un mayor número de cesáreas por DCP. Liu en un trabajo realizado



en el Hospital Belén de Trujillo encuentra que la talla materna baja (<145 cm) está asociada a una mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulíparas como en multíparas<sup>25</sup>.

En países como el nuestro, la atención del embarazo y parto en áreas rurales es realizada de manera domiciliaria y por parteras, y en centros de salud de baja resolución en gran porcentaje, por personal de obstetricia; por ello es importante determinar la talla baja como factor de riesgo de parto por cesárea, lo que permitirá adoptar acciones adecuadas, al referir en forma oportuna a un hospital a las mujeres que lo ameriten.

La talla es una medida fácil de realizar, barata y sólo requiere una medición en cualquier momento de la vida de la mujer gestante, de preferencia en su primer control prenatal hecho que también podría prevenir complicaciones durante el parto y las subsecuentes muertes maternas y perinatales.

## 1.2. FACTORES SOCIO-CULTURALES

En nuestro país aún ahora se plasman los diversos problemas que enfrentan nuestros adolescentes, la falta de educación no solo por parte del gobierno sino también por falta de interés de las familias que se conforman con la austeridad en la que viven y heredan los mismos niveles de pobreza e ignorancia a sus hijos.

En algunos sectores sociales la maternidad se constituye simbólicamente en el paso hacia la adultez y mejoramiento de estatus dentro de la comunidad<sup>27</sup>. Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tienen mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta, con consecuencias negativas para la salud.

El que tenga dichas consecuencias obliga a que el Sector Salud intervenga de manera decisiva para atenderlas, remediarlas y tratar de prevenirlas en términos de posibles embarazos subsecuentes, además, se ha observado que las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, lo que solo eterniza el círculo de la pobreza<sup>28</sup>.

Según los resultados de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) en el 2014<sup>29</sup>; existe una relación inversa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel educativo y socioeconómico, cuanto más bajo sean hay mayor probabilidad de ser madres que las de estratos más altos.

#### **1.2.1. Conocimientos en planificación familiar.**

Muchos adolescentes inician actividad sexual a muy tempranas edades y ellos no acostumbran a preguntar o a solicitar de manera espontánea servicios e información sobre planificación familiar.

La mayoría de adolescentes tienen la madurez emocional y cognitiva para recibir dichos servicios integrales<sup>30</sup>, pero gran parte de ellos desconoce que tiene ese derecho y que existen esos servicios; además, aspectos como las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes son reforzados por la actitud de los profesionales de salud, que en muchas ocasiones no brindan una adecuada información y no logran ganarse la confianza de las adolescentes que acuden en busca de orientación; al ser así, cuando estas pacientes requieren de mayor apoyo al encontrarse gestando es más difícil para el personal de salud garantizar su adherencia a los controles de su embarazo y es más difícil prevenir complicaciones.

Investigaciones recientes evidencian que los adolescentes, aunque conocen los métodos anticonceptivos, saben poco sobre su funcionamiento y llenan los vacíos de información con mitos, imaginarios y temores que, en gran medida, hacen que los usen irregularmente. La Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) en un estudio colombiano, corroboró que solo el 48% de adolescentes que reciben información sobre el uso adecuado de los métodos de planificación familiar, lo asimiló y utilizó de manera adecuada; además, mientras mayor es la información en planificación familiar, en caso de gestación, es mayor la preocupación por el buen desarrollo de esta y mayor es la adherencia a los controles ante parto<sup>26</sup>.

#### **1.2.2. Conocimientos en educación sexual.**

El motivo por el cual las adolescentes inician su vida sexual, y porqué lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente<sup>31</sup>. Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras y culturales, así como también a su propio desarrollo que está limitado, pues es antes físico que emocional.

Además, existen grandes diferencias entre los niños y las niñas adolescentes en cuanto a los comportamientos y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, al parecer, los varones tienen más probabilidades de involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo. En 19 países en desarrollo sobre los cuales se dispone de datos, los hombres de 15 a 19 años invariablemente tenían más probabilidades que las mujeres de haber mantenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses con alguien distinto de su cónyuge o su pareja estable<sup>32</sup>.

No obstante, los datos también muestran que los varones adolescentes tienen más probabilidades que las niñas de utilizar preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo, a pesar de que estas corren mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, que en la actualidad es una indicación para la realización de cesárea programada, para disminuir el riesgo de contagio al bebé<sup>33</sup>.

Estos hallazgos destacan la importancia de facilitar el acceso de las niñas y los niños adolescentes, desde una edad temprana, a conocimientos y servicios de alta calidad en materia de salud sexual y reproductiva.

Según el informe "Situación del País" realizado para el 2014, UNICEF determinó que Perú se mantiene firme en la lucha contra el VIH/ SIDA. Hasta el 2014, se han reportado 31 893 casos de SIDA. 4.8% de los afectados son menores de 19 años de edad. Este porcentaje representa 1547 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 926 son hombres y 621 son mujeres<sup>33</sup>.

### 1.3. FACTORES OBSTÉTRICOS

La constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, sin duda alguna, la alta incidencia de mortalidad materno fetal<sup>34,35</sup>. Nosotros no escapamos a esta realidad, pues continuamos con una tasa alta de mortalidad materna y perinatal.

Se señala muchos factores causales, dentro de ellos estaría el embarazo en adolescentes, grupo etario de riesgo obstétrico alto<sup>36</sup>, reconociéndolo como un problema de salud pública importante, por el costo biológico y



psicosocial que implica, y siendo un tema de actualidad y poco estudiado en nuestro medio.

Para Elena Zúñiga, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en el Perú, "A eso se debe sumar los escasos controles de salud de estas niñas durante el embarazo y la poca orientación que reciben sobre planificación familiar y el cuidado del recién nacido<sup>20</sup>."

### 1.3.1. Número de controles pre natales

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la American Academy of Pediatrics (2007), los objetivos de la vigilancia fetal prenatal incluyen prevención de muerte fetal y omisión de intervenciones innecesarias<sup>37</sup>.

Una adolescente embarazada enfrenta serios retos para su propio desarrollo biológico y psicoafectivo, con represión en los ámbitos familiar y social; se generan daños a su propia salud, y además, los hijos de adolescentes tienen de dos a siete veces más riesgo de sufrir bajo peso y complicaciones perinatales y neonatales y defectos congénitos<sup>38</sup>.

Esta realidad nos demanda diseñar acciones médicas específicas durante el control prenatal. Ya que las adolescentes embarazadas son una población heterogénea, conformada por subgrupos de riesgos diversos en tipo y magnitud, no basta con una sola etiqueta de "alto riesgo" para su evaluación y manejo integral: cada binomio adolescente-hijo requiere una asignación individual de riesgo de tipo cualitativo y cuantitativo<sup>39</sup>.

Estos factores también pudieran guardar relación con un riesgo mayor de presentar anemia, hipertensión inducida por el embarazo (HIE),

que constituye uno de los más importantes problemas de la salud pública, tanto en el contexto nacional como mundial<sup>40</sup>. En la literatura se hace referencia a una menor frecuencia de este trastorno entre las gestantes adolescentes; sin embargo, las complicaciones por preeclampsia sí son más frecuentes y graves entre las adolescentes, comparadas con las mujeres mayores, teniéndose en muchos casos que optar por cesáreas de emergencia.

Según la Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827 – 2013 del Ministerio de Salud de Perú; toda gestante debe tener un mínimo de 6 controles pre natales, de los cuales el primero o segundo debe ser atendido por un médico ginecólogo obstetra o en su ausencia por un médico general.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud determina que las embarazadas deben tener como mínimo 8 controles prenatales, siendo su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación. Un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud, señaló el Dr. Anthony Costello, director del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS<sup>41</sup>.

### **1.3.2. Edad gestacional**

Se denomina Edad Gestacional al tiempo transcurrido desde el primer día de fecha de la última menstruación (FUM) y el día del parto<sup>42</sup>. En un ciclo menstrual de 28 días, la FUM ocurrirá 14 días antes de la

ovulación y 3 semanas antes de la implantación del blastocisto<sup>42</sup>. Como la mayoría de las mujeres conocen o recuerdan su FUM y no la ovulación, aquella ha sido el dato de referencia estándar para estimar el tiempo de la gestación.

El cálculo de la edad del embarazo es, sin lugar a dudas, un elemento relevante para el control y manejo del embarazo normal y patológico. En consideración a las diferencias intra e interindividuales de los embarazos (ciclo menstrual y tiempo de gestación) se observa una natural variabilidad en su determinación sobre la que se han precisado límites que son utilizados como referencia para valorar la posible presencia de patología<sup>43</sup>.

Según la National Center for Health Statistics (NCHS) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), en Obstetricia de Williams, establecen las siguientes definiciones<sup>37</sup>:

- Recién nacido a término: Un neonato nacido en cualquier momento después de cumplir 37 semanas de gestación y hasta las 42 semanas (260 a 294 días).
- Recién nacido pretérmino: Un neonato nacido antes de cumplir 37 semanas de gestación (el día 259).
- Recién nacido postérmino: Es el recién nacido en cualquier momento ulterior al concluir la semana 42, con inicio a partir del día 295.

EL desconocimiento de la EG constituye en sí, un factor de riesgo (Embarazo de Edad Gestacional Dudosa). La interpretación de marcadores bioquímicos, el diagnóstico de anomalías del crecimiento fetal, la sospecha precoz de una alteración cromosómica fetal, la determinación de la madurez pulmonar fetal, son todos elementos dependientes de la seguridad con que se conoce la edad gestacional<sup>43</sup>.

La calidad de la información que nos brinda la gestante sobre la duración de su embarazo y las características de este, dependerán de diversos factores, como lo son su edad y nivel de madurez, su nivel cultural y el acceso de la paciente al cuidado pre natal, así como de su empatía con el entrevistador en cada consulta.

Los errores sistemáticos en las estimaciones de la edad gestacional inciden en la prevalencia de<sup>44</sup>:

- Inducciones innecesarias.
- Trabajos de parto distócicos.
- Cesáreas.
- Morbilidad materna y neonatal.

En particular en la gestante adolescente, se ha visto una mayor predisposición a sufrir infecciones urinarias, hecho que puede precipitar el parto a edades gestacionales muy tempranas, siendo candidatas a partos por cesárea.

### 1.3.3. Distocias de presentación

Distocia significa literalmente *parto difícil* y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto. Una de las consecuencias que las distocias son las alteraciones de la presentación, la posición o del desarrollo del feto<sup>45</sup>. Después de las 34 semanas el feto adopta su posición definitiva, que normalmente es cefálica, sin embargo, dentro de las principales anomalías en la posición del feto la literatura menciona la situación podálica y la transversa.

La presentación podálica, o pelviana es aquella en la cual el polo de presentación que se ofrece al canal del parto, es la pelvis del feto. El factor etiológico en la mayoría de casos no está definido, en otros casos es debido a distocia funicular, estrechez pélvica, placenta



previa, parto prematuro, malformaciones fetales, malformaciones uterinas y tumoraciones uterinas<sup>46</sup>. El parto en presentación podálica conlleva a un mayor riesgo de morbilidad perinatal y morbilidad materna, debido a que la complejidad del expulsivo produce trauma o anoxia fetal.

Según la literatura se ha determinado que el 3% al 4% de las gestantes llegan al término de su gestación con feto en presentación podálica<sup>45</sup>.

Las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, establecidas por el Instituto Nacional Materno Perinatal establecen que todo parto podálico debe ser atendido mediante cesárea programada a partir de las 37 semanas<sup>46</sup>.

La situación transversa por otro lado, es una situación distócica por excelencia, en este caso el feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente frente al diámetro mayor del útero, estableciéndose una acentuada desproporción entre el feto colocado de tal manera y la pelvis, ya que aquel adquiere un volumen excesivo frente a esta<sup>45</sup>.

Se presenta en alrededor del 0,3% de los embarazos únicos y de término. La situación transversa durante el embarazo puede cambiar espontáneamente a longitudinal antes del parto<sup>37</sup>.

Se establece en la literatura que la situación transversa es más común en multíparas (60%) que en primíparas (40%), siendo causa de esto la hipotonía uterina que se establece en las primeras. Además, son causa de este tipo de distocia, los vicios pelvianos, tumores uterinos, oblicuidad del útero; fetos pequeños, prematuros, embarazos gemelares o fetos grandes; se mencionan también la placenta previa y brevedad de cordón<sup>45</sup>.

Por lo tanto, debe fijarse que, en la situación transversa, al crear la misma una condición de máxima desproporción pélvico-fetal, no existe la posibilidad de un parto espontáneo, pues las escasas y excepcionales circunstancias en que esto último ocurre son tan raras que no puede contarse con ellas en la práctica<sup>45</sup>.

#### 1.3.4. Embarazo múltiple

Se denomina embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de varios fetos; debido a que la especie humana es unípara por excelencia, todo embarazo múltiple debe ser considerado patológico. La frecuencia oscila en torno de 1 cada 80 a 120 nacimientos únicos, y se establece que la mortalidad perinatal es 4 veces mayor en los embarazos dobles que en los únicos<sup>45</sup>.

Schwarcz, determina que el factor etiológico principal de los embarazos gemelares, es la herencia; las madres con un parto gemelar, exhiben una probabilidad 2 a 4 veces mayor de que se repita este fenómeno; la línea paterna también podría tener influencia, pero este hecho aún no es universalmente aceptado<sup>45</sup>.

El embarazo gemelar se asocia con mayor frecuencia a complicaciones maternas y fetales. Las mujeres embarazadas con gemelos presentan mayor frecuencia de abortos, hiperémesis gravídica, anemia, hipertensión gestacional, trastornos hemorrágicos y mayor frecuencia de cesárea. Las complicaciones fetales más frecuentes son las asociadas al parto prematuro, muerte fetal y restricción de crecimiento fetal<sup>47</sup>.

La primera causa de indicación de cesárea en gemelos es la distocia de presentación (47%), la cesárea se practica además de los casos

de situación transversa del primer gemelo o ambos, ante la procidencia de cordón<sup>45</sup>.

Se postula el beneficio de la cesárea versus el parto normal, pues se ha demostrado mayor morbilidad del segundo gemelo, y se cree que esta diferencia puede ser corregida por la cesárea. En embarazos de término cuando ocurre un parto distinto a cesárea electiva, el riesgo absoluto de mortalidad relacionada al parto para el segundo gemelo es de 1 en 270, cifra muy superior a la observada para el primer gemelo y para embarazos únicos<sup>48</sup>.

#### 1.4. PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO

Existen diversas patologías durante la gestación que suponen un riesgo para la vida de la madre y la del recién nacido, dentro de la larga lista de patologías debemos tener en cuenta aquellas que según la literatura constituyen indicaciones para la realización de cesáreas.

Cunningham, Leveno, Bloom y otros en su libro Obstetricia de Williams establecen que los trastornos hipertensivos complican el 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la tríada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas<sup>37</sup>. En el caso de la hipertensión, el *síndrome de preeclampsia*, ya sea solo o agregado a la hipertensión crónica, es el más peligroso<sup>51</sup>, además de las enfermedades anteriormente mencionadas asociadas con el embarazo, la literatura reporta más anemia e infección del tracto urinario en las adolescentes que en las gestantes mayores, predisponiéndolas a partos pretérmino y alejándolas de un parto eutócico<sup>49</sup>.

Del mismo modo, Diana Ugalde-Valencia en el 2012 establece al igual con lo reportado en la literatura, que hasta el 52,8% de los partos pretérmino

son debidos a infecciones de vías urinarias<sup>50</sup>, siendo las madres con partos pre término muchas veces candidatas a partos por cesárea.

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la hipertensión, anemia, peso bajo al nacer, parto pretérmino, determinan mayor morbilidad materna e incremento estimado en 2 a 3 veces de la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de madres con edad entre 20 y 29 años.

La Organización Mundial de la Salud revisa en forma sistemática la mortalidad materna en todo el mundo; en los países desarrollados, 16% de las muertes maternas se deben a trastornos hipertensivos y más de la mitad de estos decesos era prevenible<sup>37</sup>.

#### **1.4.1. Hipertensión inducida por la gestación.**

Gestante hipertensa es aquella a quien se haya encontrado una presión arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg o una presión arterial diastólica  $\geq 90$  mm Hg, tomada en por lo menos 2 oportunidades con un intervalo mínimo de 4 horas, sentada y en reposo. En casos que la PA diastólica sea  $\geq 110$  mm Hg no sería necesario repetir la toma para confirmar el diagnóstico<sup>51</sup>.

Otro dato importante a considerar es la proteinuria que está definida como dosaje de proteínas en orina de 24 horas de 300 mg o más<sup>51</sup>.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones más frecuentes y graves en el embarazo, y constituye la principal causa de morbilidad materno-fetal en muchas partes del mundo. En el Perú, la incidencia de preeclampsia reportada en varios estudios oscila entre el 5 al 7% de todos los embarazos<sup>52</sup>.



Si se trata de una gestación  $\geq 34$  semanas o se tiene la seguridad de madurez pulmonar fetal, la indicación es, concluir el embarazo por la vía de parto más adecuada en ese momento, en los casos de Preeclampsia severa con compromiso de órgano blanco, Eclampsia o síndrome HELLP, debe procederse a terminar la gestación de inmediato por la vía de parto más rápida, independientemente de la edad gestacional. Solo debe permitirse el parto vaginal si se encuentra en trabajo de parto y se considera que el parto puede ocurrir en tiempo no mayor a 1 hora<sup>46</sup>.

En caso de gestaciones  $< 34$  semanas con preeclampsia severa sin daño de órgano blanco, se procederá a administrar corticoides para maduración pulmonar fetal, en estos casos el momento del término de gestación estará determinado por el grado de compromiso materno y grado de compromiso fetal, y dependerá de que se tengan las condiciones adecuadas para la atención de un RN pretérmino según lo amerite el caso<sup>46</sup>.

#### 1.4.2. Infección urinaria

La infección urinaria es la presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario. Se diagnostica mediante urocultivo con una cuenta  $\geq 10^5$  unidades formadoras de colonias (UFC) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo<sup>53</sup>.

La infección del tracto urinario es más frecuente en mujeres que en hombres, el motivo principal es probablemente anatómico, además, el riñón incrementa su longitud durante el embarazo en aproximadamente 1 cm. este cambio es atribuido al aumento del volumen intersticial. La vejiga por si misma también aparece congestionada y es desplazada en forma anterosuperior de su posición anatómica normal<sup>46</sup>.



Fisiológicamente los efectos hormonales de niveles elevados de progesterona durante la gestación pueden contribuir a la dilatación de los uréteres que comúnmente se observa durante la gestación. Los altos niveles de progesterona podrían ejercer un efecto relajante de la musculatura de la vejiga y uréteres, resultando en una disminución del peristaltismo y disminución del flujo urinario<sup>46</sup>.

La gestación continúa y pasado el primer trimestre la obstrucción mecánica del uréter por el crecimiento uterino contribuye a la hidronefrosis el cual es más marcado en el lado derecho. El efecto combinado, resulta en estasis y volúmenes ureterales mayores a 200 ml. y un ambiente apropiado para el crecimiento bacteriano <sup>54</sup> . Además, el cambio relacionado al embarazo en la filtración glomerular incrementa la concentración de glucosa urinaria y la alcalinidad facilitando el crecimiento bacteriano. También ocurren alteraciones en los mecanismos inmunológicos de defensa en la gestación<sup>55</sup>.

Las infecciones del tracto de las vías urinarias como grupo constituyen la complicación médica más frecuente durante el embarazo con una incidencia de 5 a 10 %<sup>56</sup>.

El 30,2% a 52,8% de los partos pretérmino son debido a infecciones urinarias<sup>57</sup>, y la literatura reporta más anemia e infección del tracto urinario en las adolescentes que en las gestantes mayores, que a su vez supone un riesgo predominante de realización de cesáreas<sup>49</sup>.

## 2. TIPO DE PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES

### 2.1. Tipo de parto

La adolescencia y su falta de educación y vulnerabilidad no son el único punto débil que pretendemos estudiar; sino también la influencia que tiene esta condición en los tipos de parto.

Schwarcz, define el "*parto*" como la expulsión de un feto con un peso igual o mayor a 500 g, con una edad gestacional igual o mayor a las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación<sup>45</sup>.

Existen diferencias en la vía de terminación de parto observada entre madres adolescentes, para unos la incidencia de cesárea es menor<sup>58</sup> y otros afirman que existe diferencia significativa en la incidencia de parto vaginal<sup>59</sup>. Para algunos investigadores, la incidencia de parto instrumentado es mayor.

En el parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que implica un mayor peligro de parto traumático para el feto o de intervenciones quirúrgicas.

El tipo de parto resultó asociado con la edad de la madre, se observó que las adolescentes mayores (18 años) casi en un 67 % parieron fisiológicamente y las menores de 18 años tuvieron un parto normal en un 53 %. Se encontró un índice de cesárea bastante alto, en general (32 %) pero se destaca que este fue mayor (41 %) mientras menor fue la edad<sup>60</sup>.

Según estudios nacionales no se encuentra un aumento de la incidencia de cesáreas en las adolescentes<sup>61</sup>, sin embargo, otros estudios si lo refieren en adolescentes tempranas<sup>62</sup>.

Además, como lo hemos venido recalando en los conceptos anteriores, existen también otros factores de la gestante que la predisponen a la

realización de cesáreas, como lo son la talla, algunas patologías y factores de riesgo obstétrico.

La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño, por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, y mayor tiempo en la recuperación post parto.

Todavía se desconocen los efectos poblacionales de las tasas de cesáreas en los desenlaces maternos y neonatales, como las muertes intrauterinas o afecciones como la asfixia del parto. Son necesarias más investigaciones sobre el impacto de la cesárea en el bienestar psicológico y social de la mujer. Ya en los años 70 y 80 el uso de las cesáreas se incrementó de manera alarmante en Estados Unidos y se popularizó la creencia de que era lo menos peligroso para el bebé y para la madre<sup>63</sup>.

Sin embargo, los estudios y análisis de expertos mundiales demostraron el error: una cesárea no implica ningún beneficio y multiplica por diez los riesgos de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, según la OMS<sup>43</sup>.

Según la literatura, la cesárea constituye una de las causas que mayor morbilidad en la gestación adolescente, junto con otras patologías asociadas a la gestación<sup>64</sup>.

A pesar de todo esto, los riesgos registrados en los métodos de vigilancia fetal ante parto, resultado de una preocupación creciente por la salud perinatal, junto a un mejor control de las enfermedades maternas y la reducción de los riesgos anestésicos, infecciosos y quirúrgicos, inherentes al procedimiento, han contribuido a la amplia difusión de la operación cesárea como una herramienta que asegura la sobrevivencia del feto y de la madre en diversas condiciones de riesgo.



## B. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el año 2013 se presentó en la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el trabajo, **Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora** en el año 2013, por Rubén Osorio Alania, como requisito para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, en la ciudad de Lima, Perú<sup>65</sup>.

Este trabajo tuvo como objetivo, determinar las principales características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en diciembre del 2013. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo.

Se llegó a la conclusión de que las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, el bajo nivel educativo, el origen de familias desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

Este estudio, nos da a conocer que el problema actual de incremento de embarazos adolescentes está determinado por diversos factores sociales y culturales, como son el nivel educativo bajo y la falta de apoyo familiar, hecho que a su vez aleja al adolescente de interesarse por temas en planificación familiar y educación sexual, factores que consideramos de importancia en la influencia de embarazos en adolescentes, y en su posterior control. Hechos que predecimos encontrar en el presente proyecto de tesis.

En agosto del 2013, se presentó el artículo **El Embarazo Adolescente en El Perú: Situación Actual e Implicancias para las Políticas Públicas en**

la **Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública**, por los doctores Walter Mendoza y Gracia Subiría en Perú<sup>66</sup>.

Dicho artículo muestra los vínculos entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Se proponen alternativas para su atención en el marco de los programas sociales y de la lucha contra la pobreza. Para ello, se describen y analizan sus tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Se registra que en ese periodo las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias son analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de embarazo no planificado. Luego se describe el impacto que esta situación tiene sobre las adolescentes y sus hijos, así como su impacto laboral y económico. Finalmente, se hace una revisión de las experiencias de países que aplican programas sociales semejantes al peruano, destacando aquellas que podrían ser asimiladas por el Perú.

Según un estudio reciente del Ministerio de Salud y el UNFPA, para el periodo 2007-2011, la muerte materna en este grupo fue 241 por cien mil nacidos vivos, valor superior al doble del promedio nacional global (106); y si la adolescente vivía en la selva, dicha razón llegaba a 453 muertes maternas adolescentes por cien mil nacidos vivos.

También se registra un incremento de la práctica sexual reciente (en los últimos 30 días) y un leve aumento en el inicio sexual antes de los 15 años, debido a la falta de educación sexual, en un contexto de precaria calidad educativa. En el terreno de las políticas públicas, se revisan las experiencias de otros países en programas tipo Juntos, que vinculan la retención en la secundaria con la prevención del embarazo. Finalmente, se reseñan las principales medidas del Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, destacando el trabajo intersectorial, sobre todo entre el

Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Como se ha visto, el embarazo adolescente supone un problema de salud pública, que amerita el establecimiento de planes no solo de atención a la madre adolescente, sino con mayor urgencia, de prevención. Esto es de suma importancia ante la hipótesis que nos planteamos sobre la influencia del inicio de actividad sexual a tempranas edades, en los embarazos adolescentes que viene incrementando día a día en parte por la falta de programas que imparten educación e información acerca de métodos planificación familiar.

En el año 2006, fue presentado en la Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología, el artículo **Embarazo en adolescentes**, por Claudia Urbina y José Pacheco, en Lima – Perú<sup>67</sup>.

Este artículo tiene como objetivo de estudio, analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Rebagliati Martins de la ciudad de Lima. Se analizaron todos los partos de adolescentes atendidos durante el periodo de enero del 2000 a diciembre del 2004.

Se concluyó, que en la población adolescente hubo más partos pre término y mortalidad perinatal que en la gestante en general, en especial en la población de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo. Además, el parto vaginal fue el más frecuente en la adolescente, pero la incidencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años.

Al analizar este estudio, observamos conclusiones similares a las que se encontraron en el presente estudio, ya que, en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, se encontró una predisposición a la cesárea mientras

más joven fue la paciente, sin embargo, no se encontró que esta fuera una regla para todas las gestantes adolescentes.

En agosto de 2013 fue presentado en la Unidad de Medicina Materno Fetal de División de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el artículo **La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil** por Enrique Donoso, Jorge A. Carvajal, Claudio Vera, José A. Poblete<sup>68</sup>.

Este artículo determinó que el rango de edad materna de menor riesgo de mortalidad fetal fue entre los 20-29 años, neonatal e infantil entre los 25-34 años, y materna en menores de 30 años, siendo el grupo de mujeres entre 20-29 años las que concentran el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Se sugirió que ese rango etario sea usado para comparaciones en estudios de riesgo reproductivo, como también para un adecuado consejo preconcepcional. Las mujeres de 40 o más años presentaron las tasas más altas de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil.

Este estudio realizado en el vecino país de Chile, toma como factor de riesgo para determinar las tasas de mortalidad materna e infantil, la edad de la madre; hecho importante en el proyecto en curso al considerar también en él, la edad de la madre como factor de riesgo para que un embarazo adolescente culmine en cesáreas, siendo estas causadas usualmente por complicaciones durante la gestación o el parto. Se determina en este estudio chileno que la edad materna con riesgo menor para la madre y el recién nacido esta entre los 20 y 29 años.

En abril de 2009 fue presentado en la Universidad de la Sabana Cundinamarca de Colombia, el artículo **Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal**, por Prías Venegas, Hilda Evelia, Mirando Mellano, Clarybel<sup>69</sup>.



Este artículo tuvo como objetivo describir e interpretar las experiencias relacionadas con los sentimientos e ideas experimentados por las adolescentes al conocer su estado de embarazo; se trabajó con un grupo de 22 adolescentes de instituciones públicas de nivel de salud de Sincelejo, Colombia. El estudio, se abordó desde un enfoque cualitativo, con información recogida en entrevistas personales, grabadas con consentimiento de las jóvenes.

Se obtuvo, que las adolescentes experimentan su embarazo como un acontecimiento traumático, con sentimientos de displacer relacionados con la angustia, temor, miedo y tristeza que, a su vez, llevan a estados de incertidumbre, soledad, inestabilidad y frustración, con ideas negativas relacionadas con las formas de dar a conocer su embarazo, a las reacciones de las personas con significado afectivo para ellas y también a la idea de abortar. En la adolescente, estas se atenúan en la medida en que va encontrando a las personas y los espacios para compartir lo que le está ocurriendo.

Las adolescentes que se embarazan necesitan el apoyo, comprensión y ayuda, dado que están más sensibles, lábiles, inseguras y con baja autoestima; esta situación requiere que el equipo de salud desarrolle y muestre competencias en el área humanística, acercamiento personal, comunicación empática y trato humanizado e individualizado, en los momentos en que las adolescentes demandan de los servicios de salud. Lo anterior amerita que los trabajadores de la salud hagan una profunda reflexión sobre sus actitudes al ofrecer sus servicios a este grupo vulnerable, de tal forma que sean agentes facilitadores en la adaptación de la joven embarazada a su nueva condición de vida, convirtiéndose en una importante red de apoyo social para que las jóvenes cuenten con una consejería y orientación oportuna ante los múltiples problemas y dificultades que se le presentan en esta etapa trascendental de su ciclo de vida personal.

En el proyecto de tesis en curso se pretendió determinar la facilidad de adherencia de una madre adolescente a la atención de su gestación mediante el número adecuado de controles pre natales, hecho que de no darse de manera correcta pone en riesgo la vida de la madre y la del bebé; este factor, es corroborado en el estudio que usamos como antecedente, determinando que la corta edad materna de una adolescente representa un mayor riesgo de una pobre adherencia a la atención de salud mediante controles pre natales, en parte por la inseguridad de la madre por su nueva condición, la falta de apoyo familiar y la ausencia de planes adecuados de atención a este sector de la población; trayendo como consecuencia la que el embarazo de la paciente no siga su curso adecuado y una culminación eutócica en un parto vaginal.

En 1999 fue presentado en la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, el artículo **Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas**, por Flor Tay, Lucie Puell, Luis Neyra, Alain Seminario, en Perú<sup>70</sup>.

Este artículo tuvo como objetivo determinar las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes entre 10 y 19 años se trata de un estudio retrospectivo en el Hospital de Apoyo III- Sullana, revisando las 947 historias clínicas, que corresponden al total de gestantes adolescentes atendidas durante los años 1992 y 1993. Se les comparó con un número idéntico de gestantes entre 20 y 34 años (grupo control).

Se encontró relación entre gestación en adolescentes y desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia. Por lo anterior, se concluyó que la gestación en adolescentes es un riesgo para la madre como para el recién nacido, por lo que se debe promover la atención integral del adolescente, con el fin de evitar el embarazo no deseado y las complicaciones asociadas.

Este artículo nacional, confirma nuestra predicción de que la adolescencia representa un factor de riesgo para presentar complicaciones obstétricas durante la gestación o el parto, a su vez concluye que el embarazo adolescente representa un riesgo para la madre y el recién nacido, por lo cual se debe promover la atención integral hacia las adolescentes embarazadas con el fin de prevenir un parto distócico.

En el año 2006, fue presentado en la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, el artículo titulado **Prevalencia de Partos en la Adolescencia y Factores Asociados en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia) 2006. Estudio de Corte Transversal**, por Argénida Blanco Gómez, Fidel Latorre Latorre, Sonia Osma Zambrano, y otros<sup>71</sup>.

Este artículo tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de partos y los factores asociados en madres adolescentes que ingresaron al Hospital Universitario de Santander (HUS). Se trata de un estudio de corte transversal de 273 mujeres seleccionadas de forma aleatoria sistemática que presentaron parto vaginal o por cesárea, en el HUS desde julio de 2006 hasta julio de 2007. Se aplicó una encuesta, donde se incluyeron variables de interés, (sociodemográficas, familiares, psicológicas); se completó la información con la historia clínica.

Se obtuvo como resultado que, la prevalencia de partos fue de 31,14% en pacientes menores de 20 años. Los factores protectores fueron: tener preocupación por el futuro, inicio tardío de relaciones sexuales y no recibir educación sexual por parte de los padres. Los factores de riesgo fueron: no planear el embarazo y no tener planificación familiar. Se concluyó que, la prevalencia encontrada es muy superior a la hallada en otros estudios locales, nacionales e internacionales.

Este estudio que usamos como antecedente encuentra datos similares a los nuestros, en el sentido de que el parto vaginal es el más frecuente en la

gestante adolescente, y que la falta de educación sexual y planificación familiar son factores de riesgo para la posibilidad de un parto eutócico

En octubre del 2006 fue presentado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima de Colombia, el trabajo **La Adolescencia, ¿Es un factor de riesgo para cesárea?** Por el Dr. Marcelo Saucedo Delgado, para optar el título de Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia<sup>72</sup>.

Dicho trabajo tuvo como objetivos, determinar si la cesárea supone un factor de riesgo para cesárea; determinar el porcentaje de partos vaginales adolescentes en relación con los no adolescentes y determinar los partos por cesárea de adolescentes en comparación con los no adolescentes.

El estudio fue de tipo transversal y analítico, donde se incluyeron 1136 pacientes que acudieron al Hospital General de Manzanillo, durante los meses de marzo a noviembre del 2003 a recibir atención de parto, con una gestación superior a las 28 semanas de edad gestacional, siendo estas adolescentes y no adolescentes. No se encontró diferencia significativa entre la vía de resolución del embarazo y la edad de la paciente, así como tampoco se encontró asociación con el nivel socio económico y el estado civil y se concluyó que la condición de ser adolescente, no fue un factor de riesgo para la resolución del embarazo por vía abdominal; desde el punto de vista clínico, la adolescencia no se debe considerar como elemento único para decidir una cesárea, sino, las demás indicaciones y factores de riesgo, de manera individual para cada paciente, sea esta adolescente o no.

En este proyecto de tesis se pretendió determinar si la adolescencia es un factor de riesgo para la culminación del embarazo en cesárea, hecho que es negado por el estudio que usamos como antecedente, estimando que para hacer esta afirmación se deben considerar otros factores individuales a cada madre.

En el año 2013 se presentó en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional





Mayor de San Marcos de la ciudad de Lima, Perú el estudio **Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012** por Laidy Ling Albornoz Aliaga y Nivania Guadalupe Reátegui Tarazona para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia<sup>73</sup>.

Estudio que tuvo como objetivo, Reconocer los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea. Se trata de un estudio descriptivo y cuantitativo, donde se incluyeron historias clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período 2010 – 2012.

Se llegó a la conclusión que la tasa de cesárea disminuyó de 44,6% en el 2010 a 38,8% en el 2012. El 96,8% de adolescentes se encontraban en la etapa tardía de la adolescencia; con respecto a factores socioculturales, en su mayoría (56,0%) presentaron secundaria incompleta como grado de instrucción y la mayor parte de adolescentes eran solteras (62,5%). Para el 82,1% de las pacientes, era su primera gestación y sólo el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales, así mismo el 11,7% no presentaba ninguna. La principal causa de cesárea fue Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6% y la mayor parte de cesáreas (71,9%) fueron de emergencia.



### CAPÍTULO III

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES E HIPÓTESIS

**A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE VALORES	TIPO DE VARIABLE
<b>1. Factores inherentes a la gestante adolescente</b>	1.1. Factores personales	1.1.1. Edad de las pacientes	10 a 14 15 a 19	Nominal
		1.1.2. Edad de inicio de la actividad sexual	Antes de 15 años Después de 15 años	Nominal
		1.1.3. Estado civil	Soltera Casada	Nominal
		1.1.4. Talla de las pacientes	Menor a 145 cm 145 cm a más	Nominal
	1.2. Factores socio-culturales	1.2.1. Conocimientos en planificación familiar	Si No	Nominal
		1.2.2. Conocimientos en educación sexual	Si No	Nominal
	1.3. Factores obstétricos	1.3.1. Número de controles prenatales	Ninguno Menos de 6 De 6 a 8 Más de 8	Nominal
		1.3.2. Edad gestacional	Pre término A término Post término	Nominal
		1.3.3. Distocias de presentación	Presentación podálica Presentación transversa	Nominal
		1.3.4. Embarazo múltiple	Si No	Nominal
	1.4. Patologías durante el embarazo	1.4.1. Hipertensión inducida por la gestación	Si No	Nominal
		1.4.2. Infección urinaria	Si No	Nominal



VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	VALOR	TIPO DE VARIABLE
1. Tipo de parto	1.1. Tipo de parto	Parto vaginal Cesárea	Nominal



## **B. HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS**

### **1. HIPÓTESIS GENERAL**

Los factores inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, son: Los factores personales y obstétricos.

### **2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

1. El factor personal inherente a la gestante adolescente que influye en el tipo de parto atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, es: La edad de las pacientes.
2. El factor sociocultural inherente a la gestante adolescente que influye en el tipo de parto atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, es: El conocimiento en educación sexual.
3. El factor obstétrico inherente a la gestante adolescente que influye en el tipo de parto atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, es: La distocia de presentación.
4. La patología durante el embarazo de la gestante adolescente que influye en el tipo de parto atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, es: La hipertensión inducida por la gestación.



5. El tipo de parto más frecuente de la gestante adolescente atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, es el parto vaginal.



## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### A. TIPO, LINEA Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

##### 1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- a. Según la intervención del investigador, el estudio es: *Observacional*.
- b. Según la planificación de la toma de datos, el estudio es: *Retrospectivo*.
- c. Según el número de mediciones de las variables a estudiar, el estudio es: *Transversal*.
- d. Según el número de variables a analizar, el estudio es: *Analítico*.

##### 2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se encuentra dentro de la línea: Embarazo adolescente.

##### 3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se encuentra en el cuarto nivel, causal explicativa, ya que estudia la causa y el efecto que producen las variables independientes sobre la variable dependiente.

#### B. POBLACIÓN Y MUESTRA

Estuvo constituida por gestantes adolescentes entre los 10 a 19 años que acudieron al Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco para la atención de su parto.

**POBLACIÓN:** la población en estudio estuvo representada por 138 gestantes adolescentes que acudieron al Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco para la atención de su parto.

**MUESTRA:** 100% de la Población

### C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

#### Criterio de inclusión:

- Mujeres gestantes entre los 10 y 19 años de edad que acudieron al Hospital Antonio Lorena del Cusco, para la atención de su parto entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.

#### Criterio de exclusión:

- Mujeres gestantes con edad superior a los 19 años de edad.

### D. MATERIALES Y MÉTODOS

#### Materiales

Para el presente estudio se emplearán:

- Útiles de escritorio.
- Computadora e impresora.
- Dispositivo USB.
- Material bibliográfico físico y virtual.
- Documentos estadísticos del Hospital Antonio Lorena de Cusco.
- Historias clínicas de las pacientes estudiadas.



## Métodos

Se realizó el estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, se obtendrán los datos de fuente secundaria como son los archivos electrónicos y registros en los libros de atención de las adolescentes que acuden al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Antonio Lorena durante los meses de diciembre del año 2016 a febrero del 2017. Debido a que se realizó un análisis de tipo documental, se recolectaron los datos en Fichas de Registro de Datos.

Se hizo uso del programa estadístico SPSS en su versión 22, para el análisis y cruce de los datos obtenidos; y se utilizó como prueba estadística el Chi Cuadrado de Pearson, debido a que tanto la variable independiente como la variable dependiente, son cualitativas o categóricas.

El Chi Cuadrado de Pearson obedece a la fórmula siguiente:

$$Chi^2 = \frac{\sum (o - e)^2}{e}$$

Donde:

$\Sigma$ = Sumatoria.

O= valores observados en cada celda.

e= valores esperados en cada celda.

Para la interpretación del análisis estadístico, se obedece la siguiente regla de decisión:

- El nivel de significancia expresa la probabilidad de error, el número decimal que se obtiene mediante el programa estadístico SPSS debe ser expresado en porcentaje para su mejor comprensión. Lo que significa que un nivel de significancia de 0.05 es igual a 5% de margen de error.
- En Ciencias de la Salud, se permite un nivel de significancia de 0.05, es decir, se acepta como probabilidad de error solo un 5%.

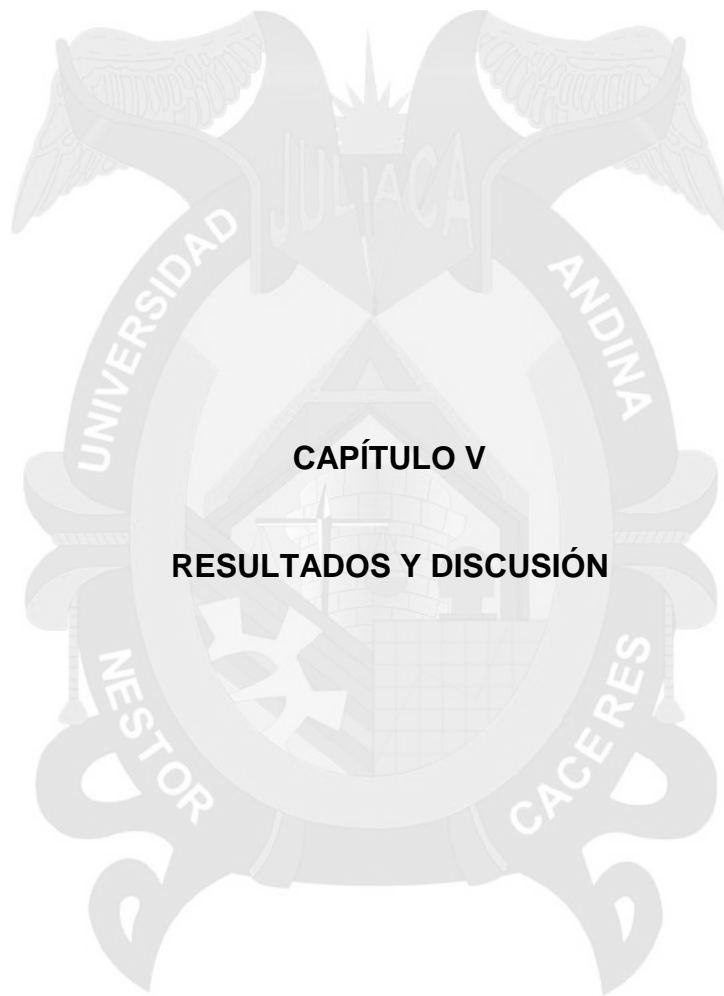
## **E. TECNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria, libros de registro de atención y archivos electrónicos

Se obtuvieron los datos a partir de los informes diarios, las anotaciones en los libros de sala de partos y sala de cirugía, y de los registros de atención obstétrica que se encuentra en el Departamento de Estadística del Hospital Antonio Lorena.

Se revisaron y contabilizaron la totalidad de los partos de gestantes adolescentes atendidos durante el período analizado, se realizó tabulación de cifras y se analizó en porcentajes los datos obtenidos.

El instrumento de recolección de datos que se usó en la investigación es la Ficha de Registro de Datos.



## CAPÍTULO V

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## A. RESULTADOS

La presente investigación, se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Antonio Lorena de Cusco. Los datos obtenidos se evaluaron y se interpretaron estadísticamente mediante el uso de los programas de SPSS y la prueba Chi - cuadrado. De acuerdo a los objetivos establecidos: la población, sujeto de nuestro estudio estuvo conformado por 138 pacientes. A continuación, presentamos los resultados, el análisis y la interpretación en base a los objetivos planteados.

**Nuestro objetivo general** fue “Evidenciar cuales son los factores inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017”. Del cual se encontró que existe una influencia de los factores personales, obstétricos y las patologías durante el embarazo.

**El primer objetivo específico** que se planteo fue “Evidenciar cuales son los factores personales inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.” Para este objetivo se identificó los indicadores como son: edad de las pacientes, edad de inicio de la actividad sexual, estado civil, y talla de las pacientes. Se determinó que el indicador “Talla de las pacientes”, tiene una influencia estadísticamente significativa. Y para los demás indicadores como, edad, edad de inicio de la actividad sexual y estado civil; no existe influencia estadísticamente significativa.



En la Tabla y Gráfico 1 se describe y analiza la influencia de la edad de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, encontrándose lo siguiente:

Se estudiaron a 138 gestantes adolescentes cuyas edades oscilaban en el rango de 10 a 19 años, y se observó que 3 de ellas tuvieron edades entre 10 y 14 años y 135 de ellas tuvieron edades entre 15 y 19 años.

De las 3 pacientes con edades entre 10 y 14 años; se evidenció que el 67% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 33% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 135 pacientes con edades entre 15 y 19 años; se evidenció que el 78% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 22% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2_c = 7.249$  para un nivel de significancia de 0.298, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa de la Edad de las gestantes adolescentes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente en ambos grupos etarios, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia de la edad de la gestante adolescente en el tipo de parto.

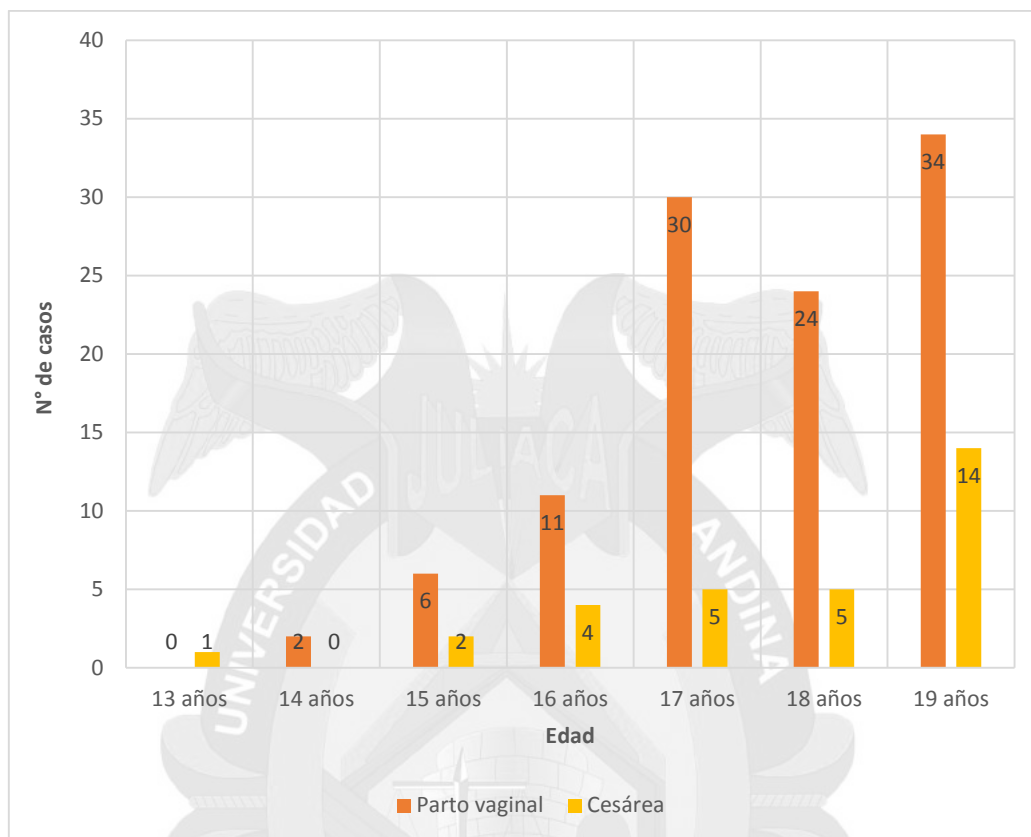
**TABLA 1. INFLUENCIA DE LA EDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN  
EL TIPO DE PARTO**

Edad	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
10 - 14 años	2	67%	1	33%	3	100%
15 - 19 años	105	78%	30	22%	135	100%
Total	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.298  
Chi<sup>2</sup>c: 7.249

**GRÁFICO 1. INFLUENCIA DE LA EDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 2 se describe y analiza la influencia de la edad de inicio de vida sexual de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, encontrándose lo siguiente:

Se estudiaron a 138 pacientes cuya edad de inicio de vida sexual fue antes de los 15 años o después de los 15 años, y se observó que 72 gestantes inició su vida sexual antes de los 15 años, y 66 gestantes inició su vida sexual después de los 15 años.

De las 72 pacientes con edad de inicio de vida sexual antes de los 15 años; se evidenció que el 79% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 21% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 66 pacientes con edad de inicio de vida sexual después de los 15 años; se evidenció que el 76% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 24% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 0.230$  para una significancia de 0.632, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa de la Edad de inicio de vida sexual de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente en ambos grupos de pacientes, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia de la edad de inicio de la vida sexual de la gestante adolescente en el tipo de parto.



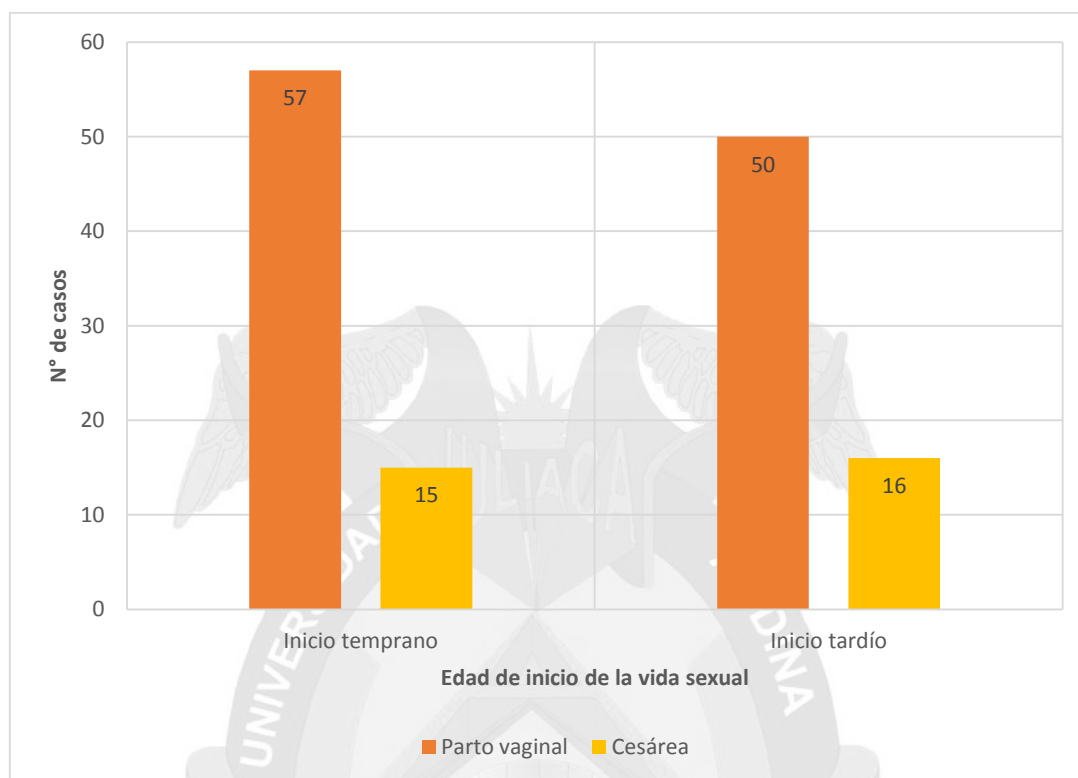
**TABLA 2. INFLUENCIA DE LA EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

Edad de inicio de vida sexual	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Antes de los 15 años</b>	57	79%	15	21%	72	100%
<b>Después de los 15 años</b>	50	76%	16	24%	66	100%
<b>Total</b>	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.632  
Chi<sup>2</sup>c: 0.230

**GRÁFICO 2. INFLUENCIA DE LA EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 3 se describe y analiza la influencia del estado civil de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 pacientes entre solteras y convivientes o casadas, y se observó que 104 gestantes fueron solteras, y 34 gestantes fueron convivientes o casadas.

De las 104 pacientes solteras; se evidenció que el 78% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 22% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 34 pacientes convivientes o casadas; se evidenció que el 76% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 24% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2_c = 0.029$  para un nivel de significancia de 0.864, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa del estado civil de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente tanto en las pacientes solteras, como en las convivientes o casadas, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia del estado civil de la gestante adolescente en el tipo de parto.

**TABLA 3. INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE  
ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

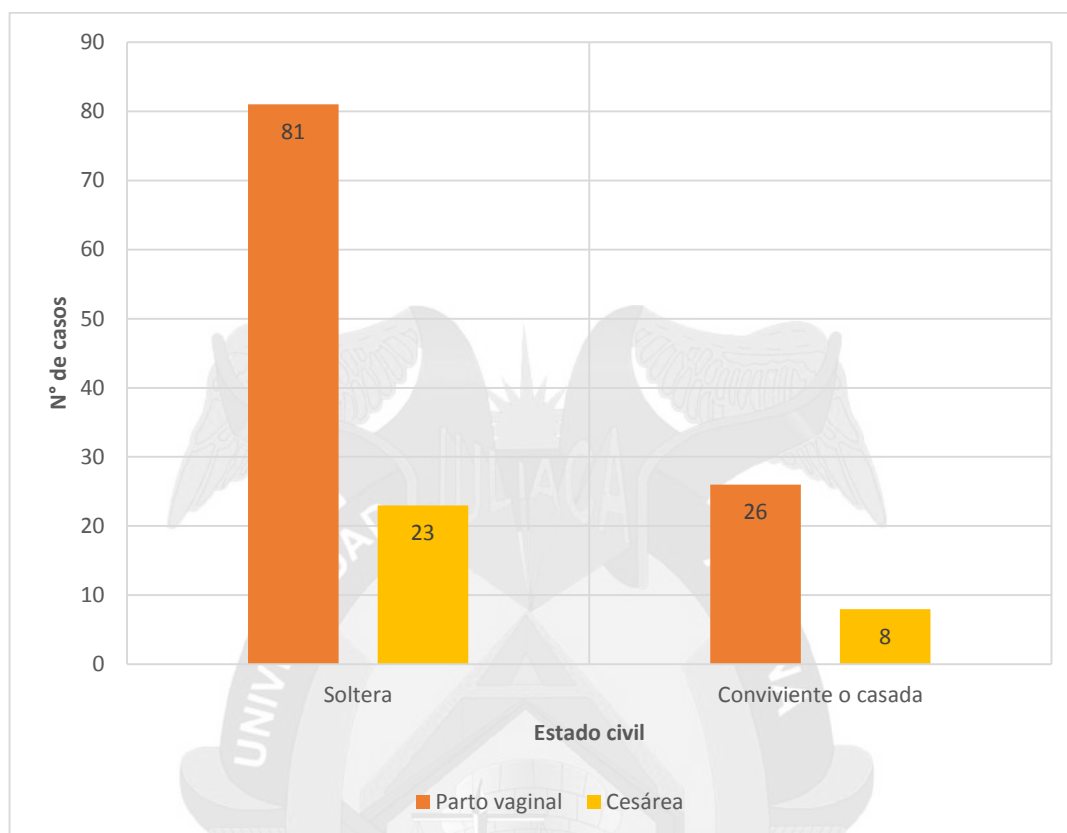
Estado civil	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Soltera</b>	81	78%	23	22%	104	100%
<b>Conviviente o casada</b>	26	76%	8	24%	34	100%
<b>Total</b>	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.864  
Chi<sup>2</sup>c: 0.029



**GRÁFICO 3. INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 4 se describe y analiza la influencia de la talla de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 pacientes entre las que medían 145 cm. O menos, y las que medían más de 145 cm., y se observó que 7 gestantes tuvieron una talla menor o igual a 145 cm, y 131 gestantes tuvieron una talla mayor a 145 cm.

De las 7 gestantes adolescentes con una talla de 145 cm o menos, se evidenció que el 100% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 131 gestantes adolescentes con una talla superior a 145 cm, se evidenció que el 82% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y 18% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 25.452$  para un nivel de significancia de 0.000, que indica que SI existe influencia estadísticamente significativa del estado civil de las pacientes en el Tipo de parto.

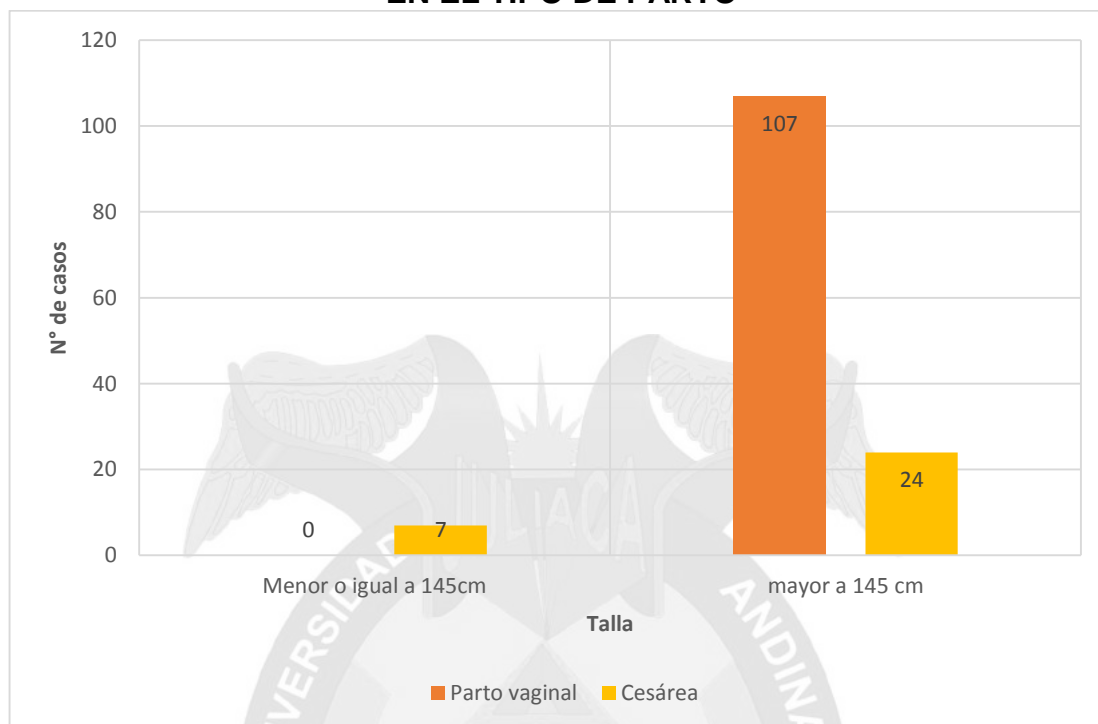
Se evidenció, que se realizó cesárea en todas las pacientes con una talla menor o igual a 145 cm, y el parto vaginal fue el más frecuente en las pacientes con una talla mayor a 145 cm, por lo cual decimos que si existe influencia de la talla de la gestante adolescente en el tipo de parto.

**TABLA 4. INFLUENCIA DE LA TALLA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

Talla	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Menor o igual a 145 cm.</b>	0	0%	7	100%	7	100%
<b>Mayor a 145 cm.</b>	107	82%	24	18%	131	100%
<b>Total</b>	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.000  
Chi<sup>2</sup>c: 25.452

**GRÁFICO 4. INFLUENCIA DE LA TALLA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE  
EN EL TIPO DE PARTO**

Fuente: elaboración propia



**El segundo objetivo específico** que se planteó fue “Evidenciar cuales son los factores socio - culturales inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.” Para este objetivo se identificó los indicadores como son: conocimientos en planificación familiar y conocimientos en educación sexual. Se obtuvo como resultado que, ninguno de los indicadores tiene influencia estadísticamente significativa.

En la Tabla y Gráfico 5 se describe y analiza la influencia de los conocimientos de planificación familiar de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 pacientes entre las que tuvieron algún conocimiento de planificación familiar y las que no tuvieron ninguno, y se observó que, 63 gestantes adolescentes si tuvieron conocimientos de planificación familiar, y 75 gestantes adolescentes no tuvieron conocimientos de planificación familiar.

De las 63 gestantes adolescentes con conocimientos de planificación familiar, se evidenció que 75% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y 25% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las gestantes adolescentes sin conocimientos de planificación familiar, se determinó que 80% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y 20% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 0.573$  para un nivel de significancia de 0.449, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa de los conocimientos de planificación familiar de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente tanto en ambos grupos de pacientes, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia de los conocimientos de planificación familiar de la gestante adolescente en el tipo de parto.

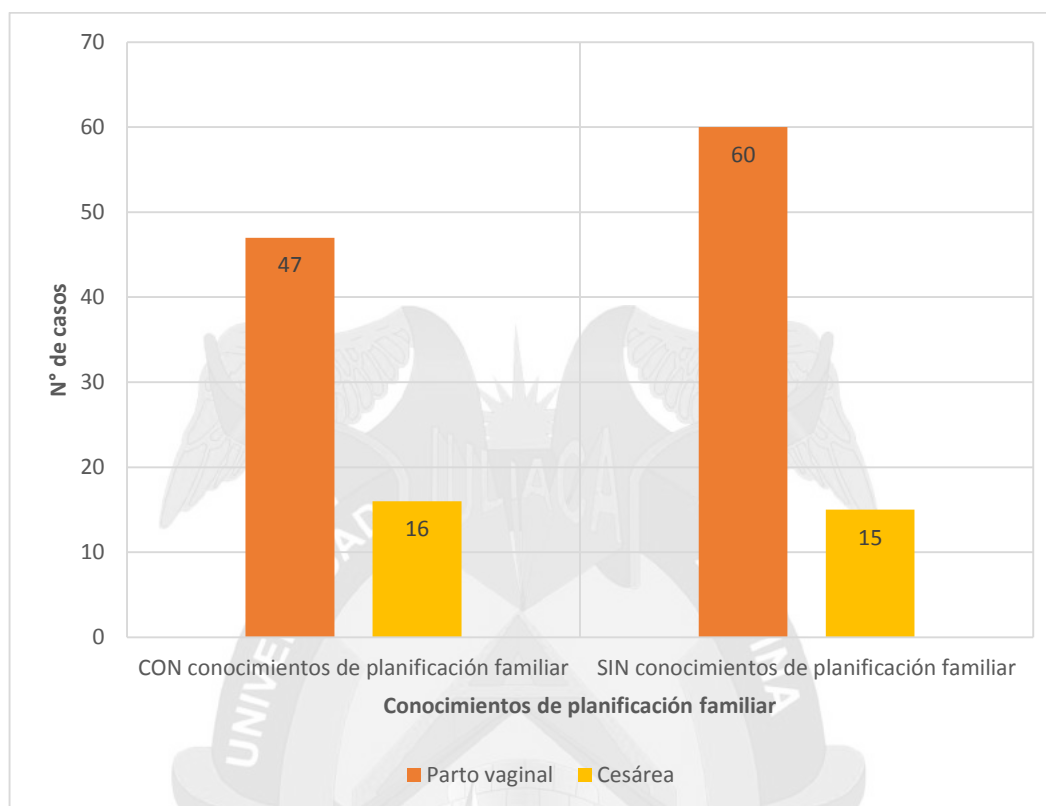
**TABLA 5. INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

Conocimientos de planificación familiar	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Si</b>	47	75%	16	25%	63	100%
<b>No</b>	60	80%	15	20%	75	100%
<b>Total</b>	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.449  
Chi<sup>2</sup>c: 0.573

**GRÁFICO 5. INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 6 se describe y analiza la influencia de los conocimientos de educación sexual de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 gestantes adolescentes, entre las que tienen algún conocimiento de educación sexual y las que no tienen ninguno, y se observó que, 51 de ellas si tuvieron conocimientos de educación sexual, y 87 de ellas no tuvieron conocimientos de educación sexual.

De las 51 gestantes adolescentes con conocimientos de educación sexual, se evidenció que el 76% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 24% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 87 gestantes adolescentes sin conocimientos de educación sexual, se evidenció que el 78% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y 22% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2_{c}=0.053$  para un nivel de significancia de 0.818, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa de los conocimientos de educación sexual de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente en ambos grupos de pacientes, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia de los conocimientos de educación sexual de la gestante adolescente en el tipo de parto.



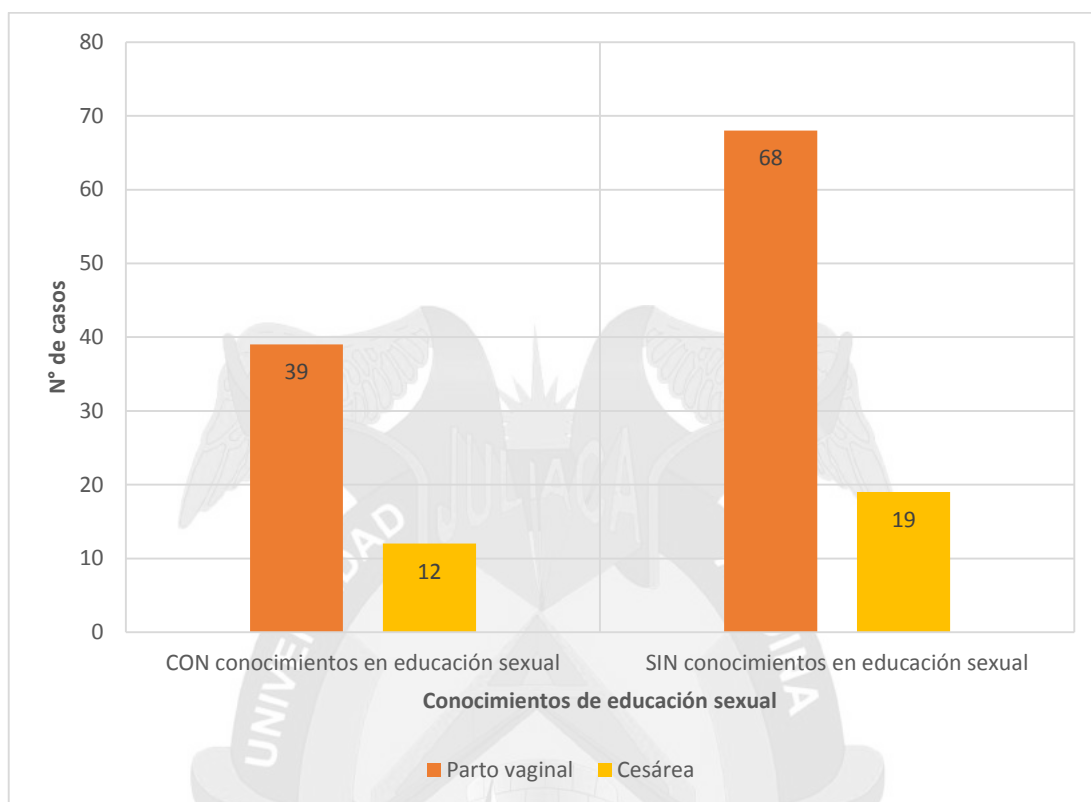
TABLA 6. INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS DE EDUCACIÓN SEXUAL  
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO

Conocimientos de educación sexual	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	39	76%	12	24%	51	100%
No	68	78%	19	22%	87	100%
Total	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.818  
Chi<sup>2</sup>c: 0.053

**GRÁFICO 6. INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS DE EDUCACIÓN SEXUAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

factores obstétricos inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.” Para este objetivo se identificó los siguientes indicadores: Número de controles pre natales, edad gestacional, distocias de presentación y embarazo múltiple. Se determinó que los indicadores “Distocias de presentación” y “Embarazo múltiple”, tienen una influencia estadísticamente significativa. Y para los demás indicadores como, número de controles pre natales y edad gestacional; no se encontró influencia estadísticamente significativa.

En la Tabla y Gráfico 7 se describe y analiza la influencia del número de controles pre natales de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 gestantes adolescentes entre las que tuvieron algún control pre natal y las que no tuvieron ninguno, y se observó que, 6 de ellas no tuvieron ningún control pre natal, 21 gestantes tuvieron menos de 6 controles pre natales, 88 gestantes tuvieron de 6 a 8 controles pre natales y 23 gestantes tuvieron más de 8 controles pre natales.

De las 6 gestantes adolescentes que no tuvieron ningún control pre natal, se evidenció que el 67% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 33% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 21 gestantes adolescentes que tuvieron menos de 6 controles pre natales, se evidenció que el 90% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 10% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 88 gestantes adolescentes que tuvieron de 6 a 8 controles pre natales, se evidenció que el 77% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 23% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 23 gestantes adolescentes que tuvieron más de 8 controles pre natales, se evidenció que 70% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 30% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2_c=3.268$  para un nivel de significancia de 0.352, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa del número de controles pre natales de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente, en todos los grupos de pacientes, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia del número de controles pre natales de la gestante adolescente en el tipo de parto.



**TABLA 7. INFLUENCIA DEL NÚMERO CONTROLES PRE NATALES DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

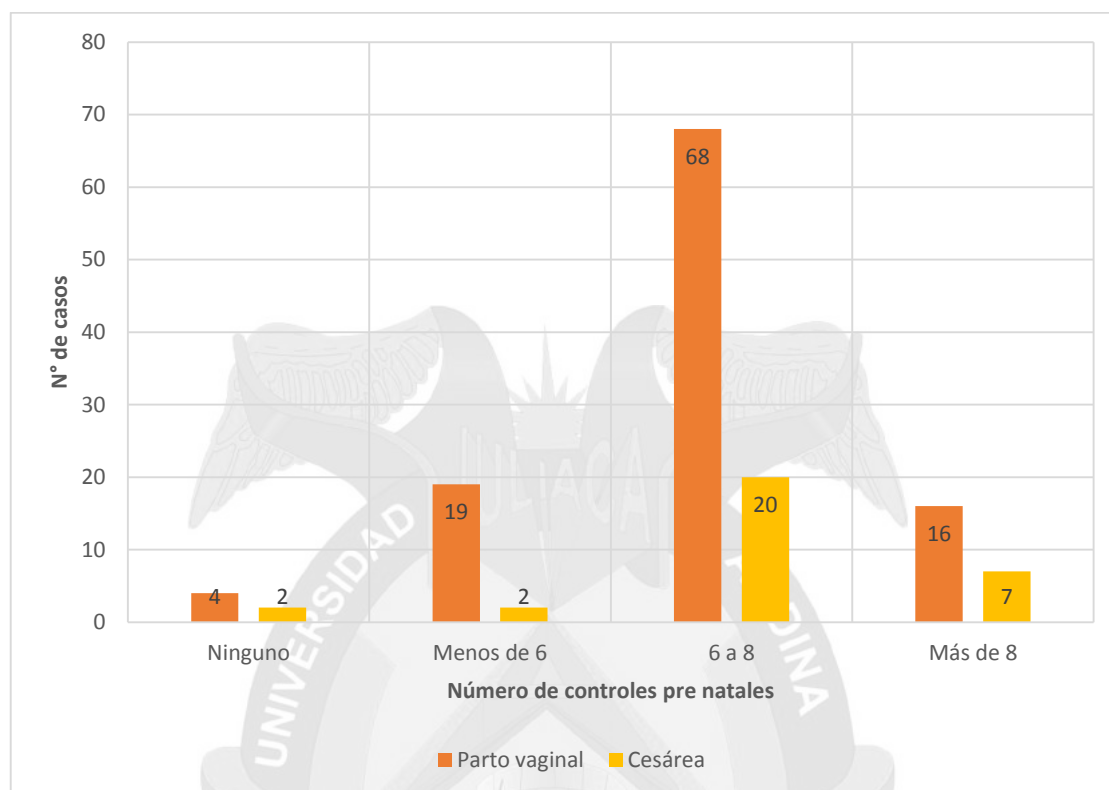
Número de controles prenatales	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Ninguno</b>	4	67%	2	33%	6	100%
<b>Menos de 6</b>	19	90%	2	10%	21	100%
<b>De 6 a 8</b>	68	77%	20	23%	88	100%
<b>Más de 8</b>	16	70%	7	30%	23	100%
<b>Total</b>	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.352  
Chi<sup>2</sup>c: 3.268



**GRÁFICO 7. INFLUENCIA DEL NÚMERO CONTROLES PRE NATALES DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 8 se describe y analiza la influencia de la edad gestacional de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 gestantes adolescentes entre las que tuvieron menos de 37 semanas de edad gestacional, las que tuvieron entre 37 y 42 semanas y las que tuvieron más de 42 semanas, y se observó que, 16 de ellas tuvieron menos de 37 semanas, 120 de ellas tuvieron entre 37 y 42 semanas y 2 gestantes tuvieron más de 42 semanas de edad gestacional.

De las 16 gestantes adolescentes con menos de 37 semanas de edad gestacional, se evidenció que el 75% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 25% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 120 gestantes adolescentes que tuvieron entre 37 y 42 semanas de edad gestacional, se evidenció que el 78% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 22% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 2 gestantes adolescentes con más de 42 semanas de edad gestacional, se evidenció que el 100% de ellas tuvo su parto por vía vaginal.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2_{c}=0.639$  para un nivel de significancia de 0.727, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa de los conocimientos de educación sexual de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente en todos los grupos de pacientes, y se dio en todas las pacientes con edad gestacional mayor a 42 semanas, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia de la edad gestacional de la gestante adolescente en el tipo de parto.

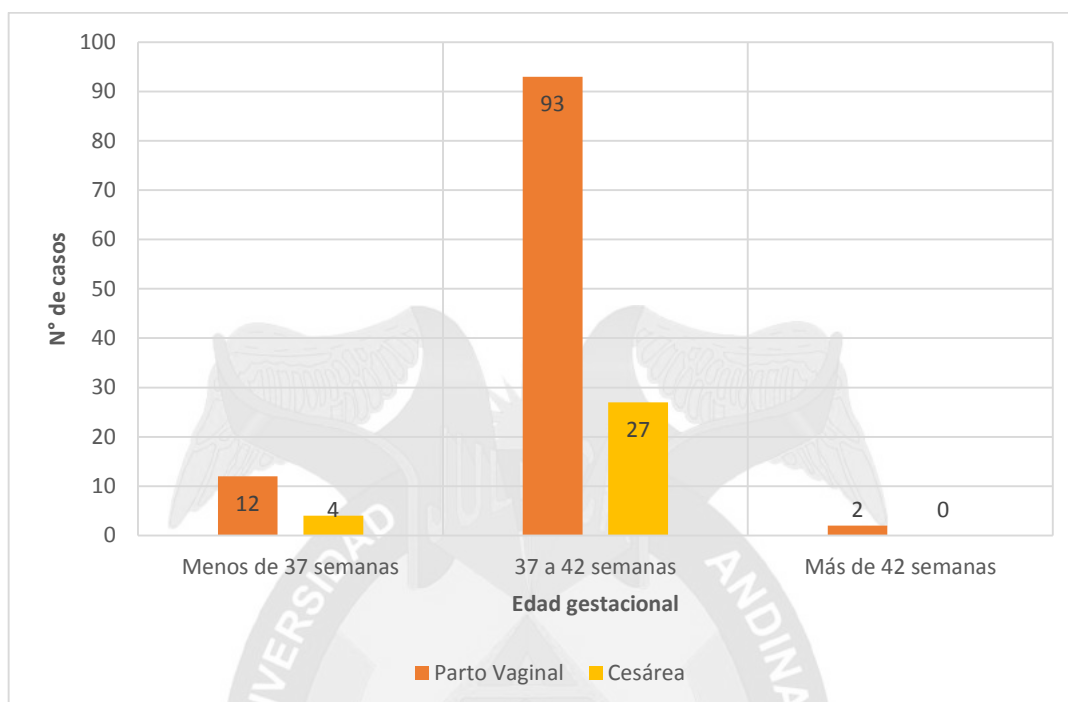
**TABLA 8. INFLUENCIA DE LA EDAD GESTACIONAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

Edad gestacional	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Menos de 37 semanas</b>	12	75%	4	25%	16	100%
<b>De 37 a 42 semanas</b>	93	78%	27	22%	120	100%
<b>Más de 42 semanas</b>	2	100%	0	0%	2	100%
<b>Total</b>	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.727  
Chi<sup>2</sup>c: 0.639

**GRÁFICO 8. INFLUENCIA DE LA EDAD GESTACIONAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 9 se describe y analiza la influencia de las distocias de presentación de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 pacientes entre las que tuvieron alguna distocia de presentación y las que no presentaron ninguna, y se observó que, 134 de ellas no tuvieron distocia alguna, 3 gestantes tuvieron presentación podálica y 1 paciente tuvo presentación transversa.

De las 134 gestantes adolescentes que no tuvieron distocias de presentación, se evidenció que el 80% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 20% de ellas tuvo su parto por cesárea.

De las 3 gestantes adolescentes que tuvieron presentación podálica, se evidenció que el 100% de ellas tuvieron su parto por cesárea.

Así mismo, de las gestantes adolescentes que tuvieron presentación transversa, se evidenció que el 100% de ellas tuvieron su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 14.219$  para un nivel de significancia de 0.001, que indica que SI existe influencia estadísticamente significativa de las distocias de presentación de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció, que todas las pacientes que tuvieron alguna distocia de presentación tuvieron su parto por cesárea, y en las pacientes sin distocia alguna fue más frecuente el parto vaginal, por lo cual decimos que si existe influencia de las distocias de presentación de la gestante adolescente en el tipo de parto.



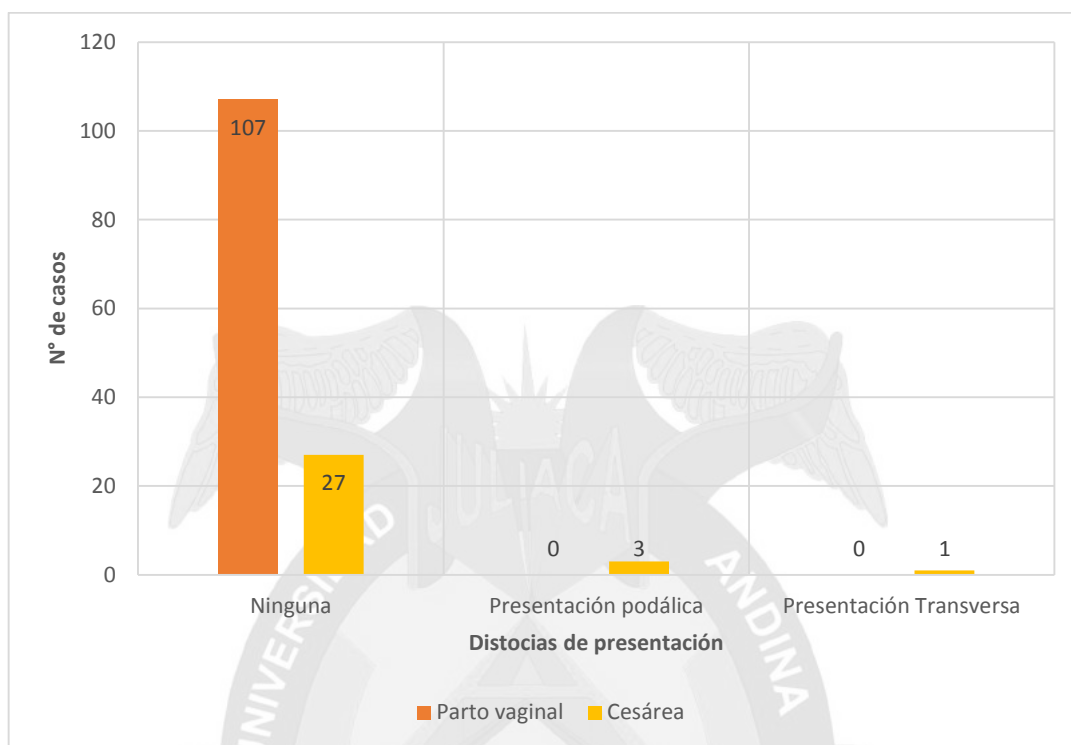
**TABLA 9. INFLUENCIA DE LAS DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

Distocias de presentación	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Ninguna</b>	107	80%	27	20%	134	100%
<b>Presentación podálica</b>	0	0%	3	100%	3	100%
<b>Presentación transversa</b>	0	0%	1	100%	1	100%
<b>Total</b>	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.001  
Chi<sup>2</sup>c:14.219

**GRÁFICO 9. INFLUENCIA DE LAS DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 10 se describe y analiza la influencia del embarazo múltiple de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 pacientes entre las que tuvieron embarazos únicos y las que tuvieron embarazos múltiples y se observó que 4 gestantes tuvieron embarazos múltiples y 134 tuvieron embarazos únicos.

De las 4 gestantes adolescentes que tuvieron embarazos múltiples, se evidenció que el 100% de ellas tuvieron su parto por cesárea.

De las 134 gestantes adolescentes que no tuvieron embarazos múltiples, se evidenció que el 80% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 20% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 14.219$  para un nivel de significancia de 0.000, que indica que SI existe influencia estadísticamente significativa del embarazo múltiple de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció, que todas las pacientes que tuvieron embarazo múltiple tuvieron su parto por cesárea, y en las pacientes con embarazos únicos, fue más frecuente el parto vaginal, por lo cual decimos que si existe influencia del embarazo múltiple de la gestante adolescente en el tipo de parto.

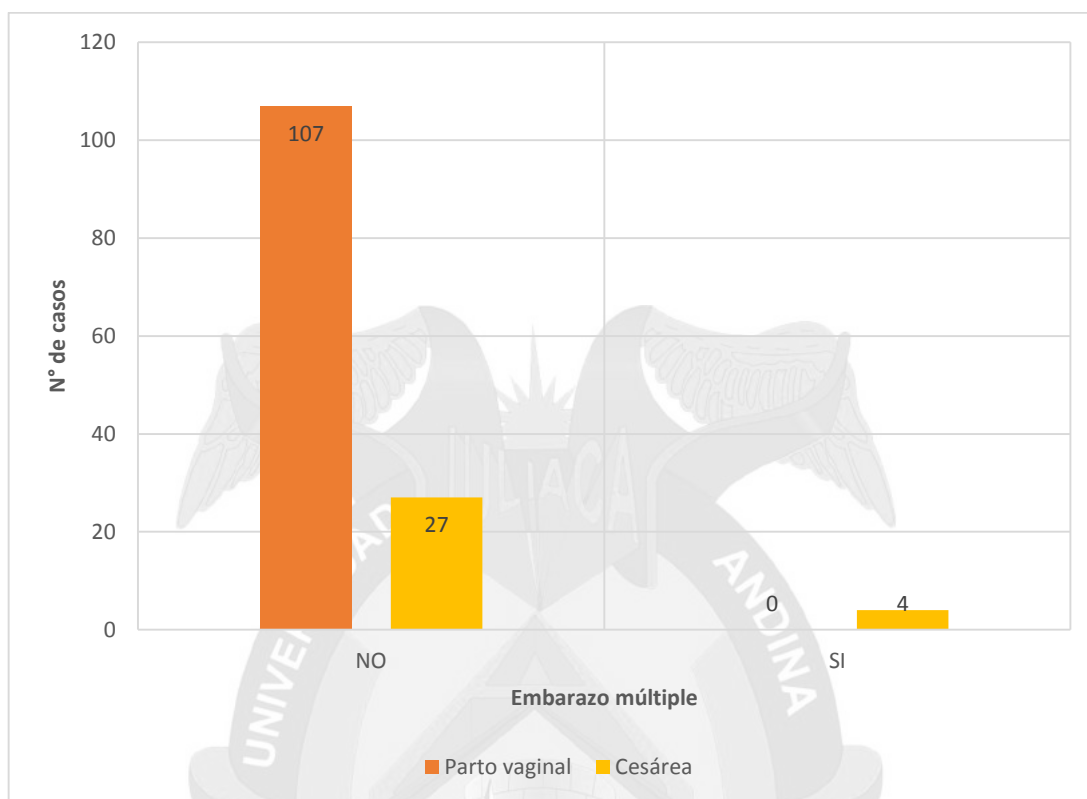
TABLA 10. INFLUENCIA DEL EMBARAZO MÚLTIPLE DE LA GESTANTE  
ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO

Embarazo múltiple	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0	0%	4	100%	4	100%
No	107	80%	27	20%	134	100%
Total	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.000  
Chi<sup>2</sup>c:14.219

**GRÁFICO 10. INFLUENCIA DEL EMBARAZO MÚLTIPLE DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.



**El cuarto objetivo específico** que se planteó fue “Evidenciar cuales son las patologías durante el embarazo de la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.” Para este objetivo se identificó los siguientes indicadores: Hipertensión inducida por la gestación e Infección urinaria. Encontrándose que el indicador “Hipertensión inducida por la gestación”, tiene una influencia estadísticamente significativa. Sin embargo, el indicador Infección urinaria, no tiene influencia estadísticamente significativa.

En la Tabla y Gráfico 11 se describe y analiza la influencia de la hipertensión inducida por la gestación de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 gestantes adolescentes entre las que tuvieron y las que no tuvieron hipertensión inducida por la gestación y se observó que, 5 gestantes tuvieron hipertensión inducida por la gestación y 133 gestantes no tuvieron hipertensión inducida por la gestación.

De las 5 gestantes adolescentes que tuvieron hipertensión inducida por la gestación, se evidenció el 100% de ellas tuvieron su parto por cesárea.

De las 133 gestantes adolescentes que no tuvieron hipertensión inducida por la gestación, se evidenció que el 80% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 20% de ellas tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 17.907$  para un nivel de significancia de 0.000, que indica que SI existe influencia estadísticamente significativa de la hipertensión inducida por la gestación de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció, que todas las pacientes que tuvieron hipertensión inducida por la gestación tuvieron su parto por cesárea, y en las pacientes sin hipertensión inducida por la gestación, fue más frecuente el parto vaginal, por lo cual decimos que si existe influencia de la hipertensión inducida por la gestación de la gestante adolescente en el tipo de parto.

**TABLA 11. INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA EL EMBARAZO  
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

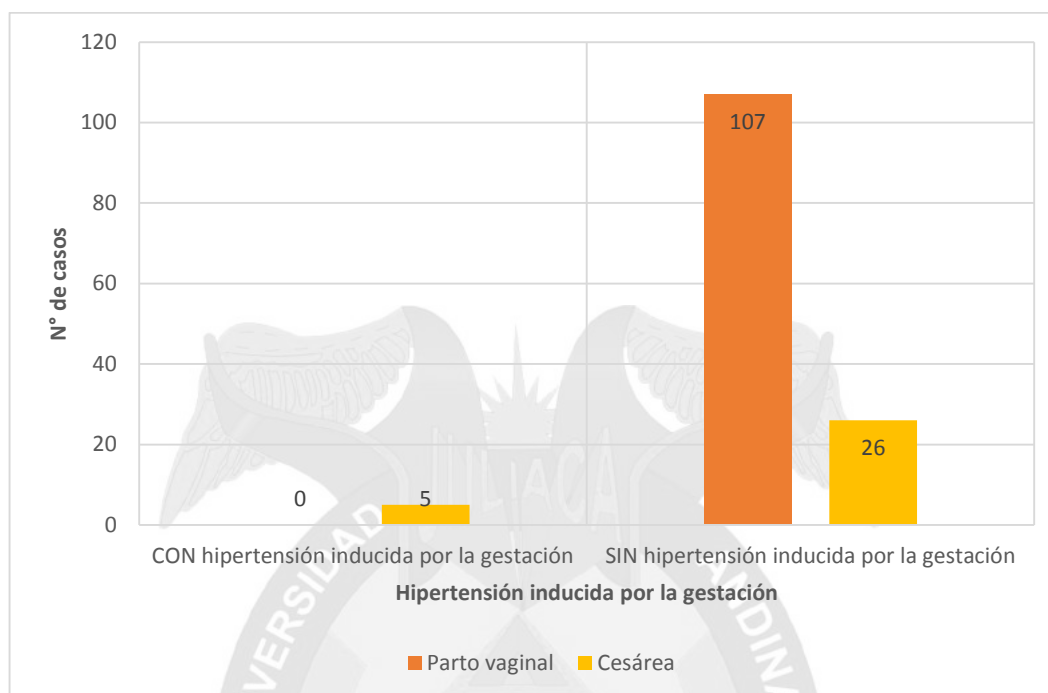
Hipertensión inducida por la gestación	Tipo de parto				Total	
	Parto vaginal		Cesárea			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0	0%	5	100%	5	100%
No	107	80%	26	20%	133	100%
Total	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.000

Chi<sup>2</sup>c: 17.907

**GRÁFICO 11. INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA EL EMBARAZO  
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla y Gráfico 12 se describe y analiza la influencia de las infecciones urinarias durante la gestación de las gestantes adolescentes en el tipo de parto, y se encontró lo siguiente:

Se estudiaron a 138 gestantes adolescentes entre las que tuvieron y las que no tuvieron infecciones urinarias durante la gestación y se observó que, 31 gestantes tuvieron infecciones urinarias durante la gestación y 107 gestantes no tuvieron infecciones urinarias durante la gestación.

De las 31 gestantes adolescentes que, si tuvieron infecciones urinarias durante la gestación, se evidenció que, el 81% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 19% de ellas, tuvo su parto por cesárea.

De las 107 gestantes adolescentes que, no tuvieron infecciones urinarias durante la gestación, se evidenció que, el 77% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 23% de ellas, tuvo su parto por cesárea.

Para realizar el análisis estadístico, se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $\chi^2_{c}=2.222$  para un nivel de significancia de 0.638, que indica que NO existe influencia estadísticamente significativa de las infecciones urinarias durante la gestación de las pacientes en el Tipo de parto.

Se evidenció que el parto vaginal fue el más frecuente en ambos grupos de pacientes, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de parto, por lo cual decimos que no existe influencia de las infecciones urinarias de la gestante adolescente en el tipo de parto.

TABLA 12. INFLUENCIA DE LAS INFECCIONES URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO

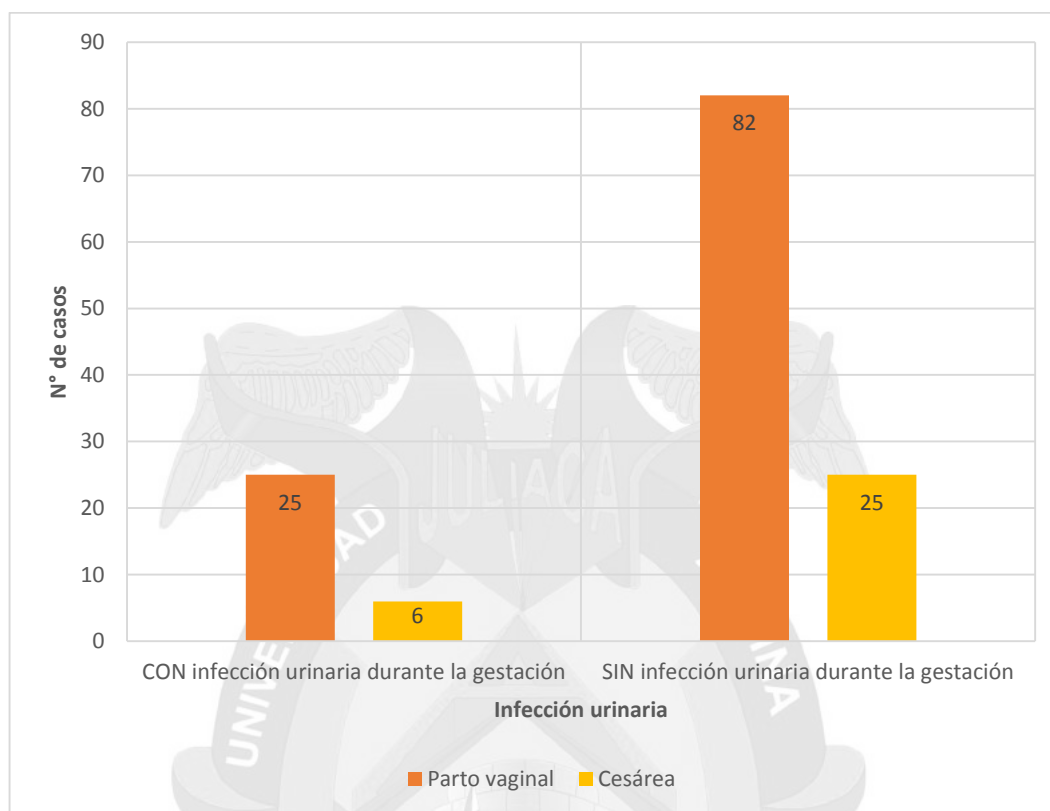
Infecciones urinarias durante el embarazo	Tipo de parto					
	Parto vaginal		Cesárea		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	25	81%	6	19%	31	100%
No	82	77%	25	23%	107	100%
Total	107	78%	31	22%	138	100%

Fuente: elaboración propia.

N.S: 0.638  
Chi<sup>2</sup>c: 0.222



**GRÁFICO 12. INFLUENCIA DE LAS INFECCIONES URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**



Fuente: elaboración propia.

**El quinto objetivo específico** que se planteo fue “Demostrar cual es la frecuencia de cada tipo de parto de las gestantes adolescentes en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.” Para este objetivo se observaron las historias clínicas y se plasmaron los resultados en las fichas de recolección de datos, de la cual se evidencio que, el tipo de parto más frecuente en las pacientes estudiadas fue el parto vaginal.

En la Tabla y Gráfico 13 se describe y analiza la frecuencia de cada tipo de parto de las gestantes adolescentes.

Del 100% de gestantes adolescentes estudiadas que corresponde a 138 pacientes, el 78% que corresponde a 107 pacientes, tuvieron su parto por vía vaginal, y a 22% que corresponde a 31 pacientes, se les realizó cesárea.

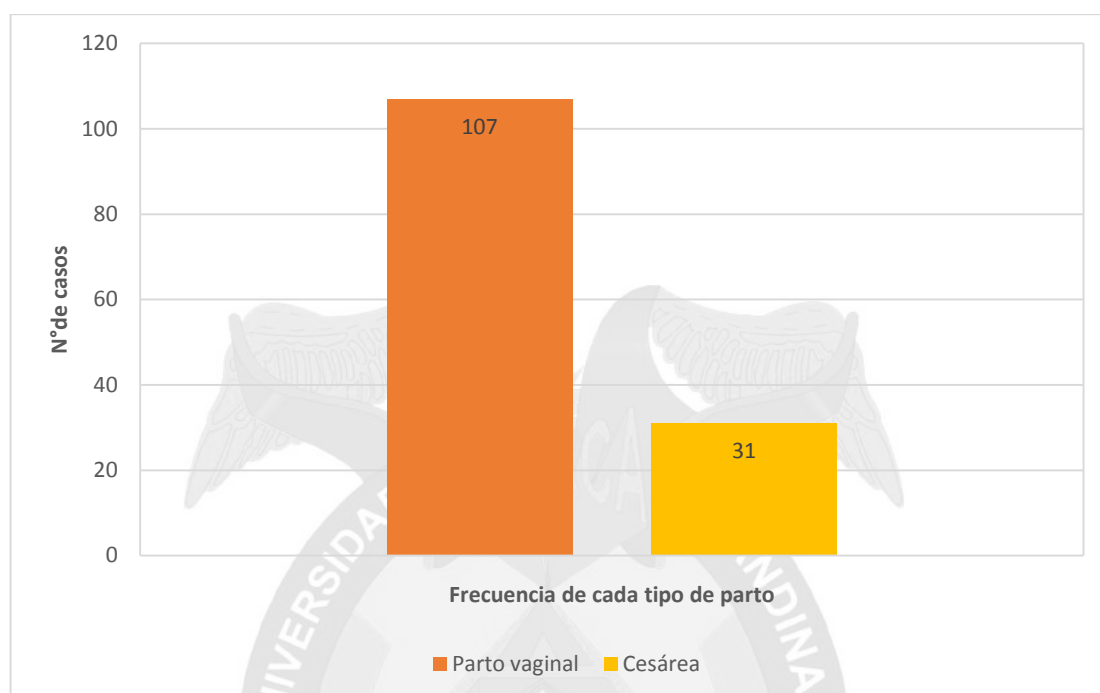
Demostrándose que, el parto vaginal es el más frecuente en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Antonio Lorena.

TABLA 13. FRECUENCIA DE CADA TIPO DE PARTO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje %
Parto vaginal	107	78%
Cesárea	31	22%
Total	138	100%

Fuente: elaboración propia.

**GRÁFICO 13. FRECUENCIA DE CADA TIPO DE PARTO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE**



Fuente: elaboración propia.

## B. DISCUSIÓN

Se evidenció, que la talla de la gestante tuvo una influencia significativa en el tipo de parto. Las pacientes con una talla igual o menor a 145 cm tuvieron una culminación de sus embarazos por vía abdominal, tal cual establece Liu en el 2001, la talla materna baja (<145 cm) está asociada a una mayor incidencia de parto por cesárea, tanto en nulíparas como en multíparas<sup>26</sup>.

Se evidenció, además, que la edad de las pacientes no tiene influencia significativa en el tipo de parto, contrario a lo establecido por Donoso, Carbajal, Vera y otros en el 2013 quienes sostienen que la edad de la madre es un factor de riesgo para que un embarazo adolescente culmine en cesárea.<sup>68</sup> Conclusión que además se opone a lo determinado en la literatura por Schwarcz, donde se establece que una primiparidad precoz, antes de los 17 años, supone un mayor riesgo de mortalidad materna y fetal, debido a que en el parto suelen sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y originarse también anomalías de la contracción incluso durante el alumbramiento<sup>45</sup>. Sin embargo, en un estudio colombiano, Sucedo Delgado establece que la adolescencia no se debe considerar como elemento único para decidir una cesárea, sino, las demás indicaciones y factores de riesgo, de manera individual para cada paciente, sea esta adolescente o no<sup>72</sup>.

Además, evidenciamos que los factores socioculturales de la gestante adolescente no tuvieron influencia significativa en el tipo de parto. Sin embargo y como lo evidencia la literatura, las adolescentes que son madres tienen un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, lo que solo eterniza el círculo de pobreza e ignorancia de las adolescentes<sup>28</sup>; y las predispone a complicaciones obstétricas que conllevan a la realización de cesáreas. Por otro lado, el desconocimiento que tienen las madres adolescentes en temas de educación sexual, incrementa el riesgo de que se vean expuestas a situaciones riesgosas como las infecciones por el VIH, ya que, según un informe de UNICEF en el 2014, el 4.8% de los infectados son menores de 19



años entre varones y mujeres<sup>33</sup>, hecho que no solo las predispone a la realización de cesáreas, sino que también pone en riesgo la vida de la propia madre y de sus hijos.

Con respecto a los factores obstétricos, evidenciamos que aquellos que tuvieron una influencia significativa en el tipo de parto, fueron las distocias de presentación y el embrazo múltiple, como establecen las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, del Instituto Nacional Materno Perinatal que dicen que, todo parto podálico y transversal deben ser atendidos mediante cesárea programada a partir de las 37 semanas<sup>46</sup>. Y como establecen Schwarcz, Fescina y Duverges quienes postulan el beneficio de la cesárea versus el parto normal, pues se ha demostrado mayor morbilidad del segundo gemelo, y se cree que esta diferencia puede ser corregida por la cesárea<sup>45</sup>.

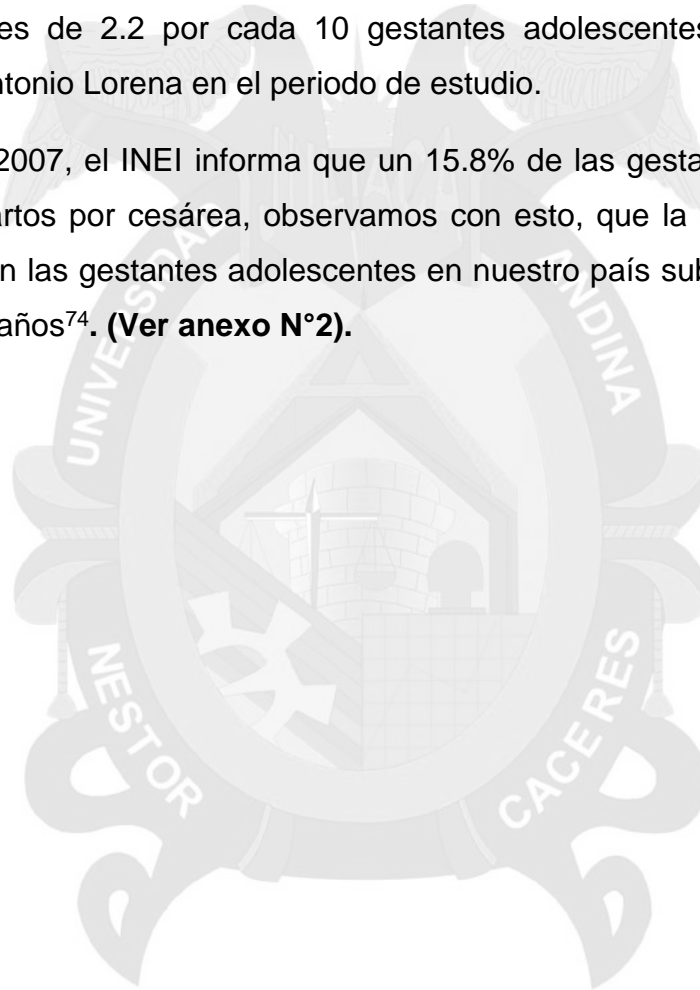
Se evidenció además que la patología durante el embarazo de la gestante adolescente que tuvo influencia significativa en el tipo de parto fue la hipertensión inducida por la gestación. Demostrándose en este estudio, que las pacientes que cursaron con dicha patología tuvieron una culminación de sus embarazos por cesárea, hecho corroborado por el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú, que establece que, en los casos de hipertensión inducida por la gestación, debe procederse a terminar el embarazo de inmediato por la vía de parto más rápida, independientemente de la edad gestacional. Solo debe permitirse el parto vaginal si se encuentra en trabajo de parto y se considera que el parto puede ocurrir en tiempo no mayor a 1 hora<sup>46</sup>.

Por otro lado, se demostró que el tipo de parto más frecuente en la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, fue el parto vaginal con un 78% de las pacientes en contraposición al parto por cesárea con un 22% de las pacientes. Encontramos datos muy similares en el Documento publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) sobre "Maternidad en la adolescencia" en el año 2012, donde se

determinó a nivel nacional un 77.9% para los partos vaginales en gestantes adolescentes, mientras que en las cesáreas fue de 22.1%. Sin embargo, en el departamento de Cusco, el INEI encontró valores de 88.8% para los partos vaginales, y de 11.2% para las cesáreas<sup>74</sup>; deduciéndose, por lo tanto, que, en el departamento de Cusco, la prevalencia de cesáreas en gestantes adolescentes se duplicó en los últimos 5 años.

Además, se establece una tasa de incidencia de cesáreas en gestantes adolescentes de 2.2 por cada 10 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Antonio Lorena en el periodo de estudio.

En el año 2007, el INEI informa que un 15.8% de las gestantes adolescentes tuvieron partos por cesárea, observamos con esto, que la prevalencia de las cesáreas en las gestantes adolescentes en nuestro país subió un 6.3% en los últimos 10 años<sup>74</sup>. **(Ver anexo N°2).**



## C. CONCLUSIONES

1. Los factores personales, los factores obstétricos y las patologías durante el embarazo, influyen significativamente en el tipo de parto de la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.
2. El factor personal inherente a la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, que influye de manera significativa en el tipo de parto, es la talla (N.S: 0.000); siendo más frecuentes las cesáreas en pacientes con una talla igual o menor a 145 cm.
3. Los factores socioculturales inherentes a la gestante adolescente no influyen de manera significativa en el tipo de parto atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.
4. Los factores obstétricos inherentes a la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, que influyen significativamente en el tipo de parto, son las distocias de presentación (N.S: 0.001), encontrándose predominio por la presentación podálica; y el embarazo múltiple (N.S: 0.000).
5. La patología durante el embarazo de la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, que influye de manera significativa en el tipo de parto, es la hipertensión inducida por la gestación (N.S: 0.000).
6. El tipo de parto más frecuente de la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, es el parto vaginal.

#### D. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al director de la Dirección Regional de Salud de Cusco, brindar cursos y charlas de capacitación para el personal de salud en los diversos niveles de atención, para favorecer la llegada de información en temas de planificación familiar y educación sexual a los adolescentes.
2. Se recomienda al personal del servicio de Asistencia Social del Hospital Antonio Lorena de Cusco, realizar seguimientos periódicos de las madres adolescentes una vez que son dadas de alta del hospital, para garantizar su adherencia a los métodos de planificación familiar aconsejados por el personal de salud; especialmente a las pacientes que habitan en zonas rurales.
3. Se recomienda al director del Hospital Antonio Lorena de Cusco, capacitar a su personal médico y al personal de obstetricia, para informar a su debido tiempo a las gestantes adolescentes que acuden al hospital para su atención pre natal, sobre características como lo son la talla y algunos factores obstétricos que la predispondrán a la realización de cesáreas, tratando en lo posible de asegurar la concientización de las pacientes.
4. Se recomienda al jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Antonio Lorena de Cusco, capacitar a su personal médico, para que en caso de darse la posibilidad de cesáreas se garantice la información adecuada a la paciente, así mismo se planifique dicha intervención con el tiempo necesario para garantizar buenos resultados.
5. Se recomienda a los jefes de los diversos centros de salud, instruir a su personal de enfermería y obstetricia a orientar a las pacientes que acuden para sus controles pre natales para que tengan conocimientos sobre los principales signos de alerta que pueden conllevar al desarrollo de hipertensión inducida por la gestación, y evitar en la medida de lo posible la presencia de complicaciones durante la gestación y el parto.



## E. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez C. L. Sexualidad y embarazo adolescente en México [Internet]. Redalyc.org. 2003 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11203511.pdf>
2. Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de maternidad «Rafael Calvo», Cartagena - Colombia. Mayo de 2007;58(2):107.
3. Alarcón A. R, Coello L. J, Cabrera G. J, Monier D. G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería. Junio de 2009;25(1-2):0-0.
4. Campero C. L, Atienzo E, Suárez L. L. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. Gaceta medica de Mexico. Junio de 2013;149(3):299-307.
5. Organización Mundial de la Salud. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2010 p. 67. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO\\_MPS\\_09.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO_MPS_09.06_spa.pdf).
6. Mangiaterra V., Pendse R, McClure K. Adolescent Pregnancy. MPS NOTES [Internet]. Octubre de 2008;1(1). Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/mpsnnotes\\_2\\_lr.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mpsnnotes_2_lr.pdf).
7. Flórez C, Sotov. Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago - Chile; 2006. (Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe). Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Florez\\_Soto.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Florez_Soto.pdf)
8. Nolasco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Posgrado de la vía Cátedra de Medicina [Internet]. Abril de 2006;(156). Disponible en: [http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4\\_156.pdf](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.pdf)
9. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Junio de 2009; 87:405-84.
10. Barrera S. L, Manrique A, F, Ospina D. J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Abril de 2016; 48:215-27.
11. Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. Age as a risk factor for complications arising during pregnancy in adolescents, Cartagena, Colombia 2009: a cross-sectional study. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Junio de 2011;62(2):141-7.
12. León P, Minassian M, Bustamante F. Embarazo Adolescente. Abril de 2008;5(1). Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>
13. Andrade A, Da Silva P, Escoba N. Revisión teórica de factores de riesgo, protección y prevención en el embarazo en adolescentes [Internet]. Universidad de la Sabana; 2009. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2605/121979.pdf?Sequence=1>
14. Resúmenes de Trabajos Presentados en el XI Congreso Chileno De Pediatría I Congreso Chileno De Adolescencia. Revista chilena de pediatría. Noviembre de 2000;71(6):520-67.
15. Alan H. Decherney, Lauren N, Neri L, Ashley S. R. Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos. 11.<sup>a</sup> ed. Los Ángeles - California: McGraw-Hill Medical; 2014.
16. Avanza M.J, Sosa T.R, Giusti S.A, Alegre C, Benítez A. Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario. Revista Médica del Nordeste. Marzo de 2004;(5).



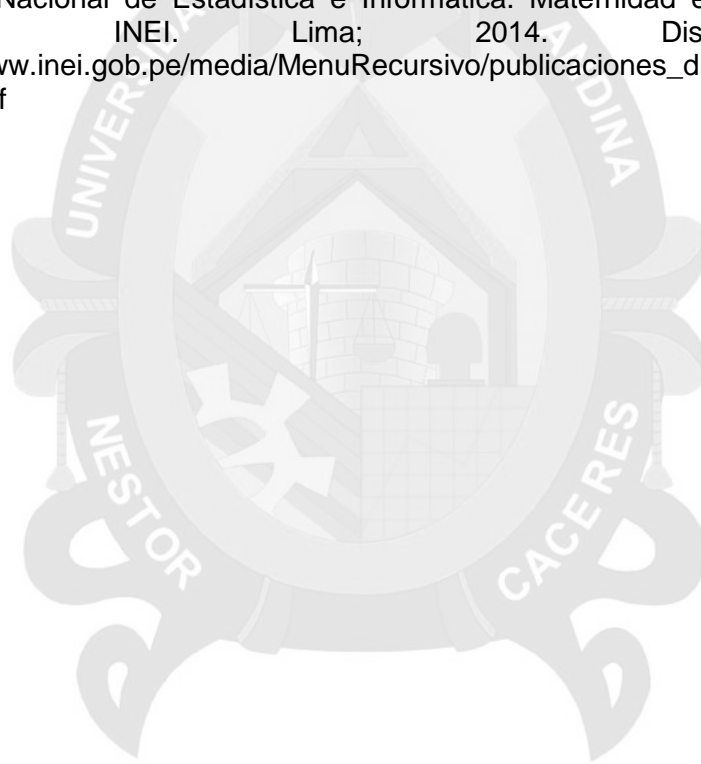
17. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2008, <[www.esa.un.org/unpd/wpp/2008/index.htm](http://www.esa.un.org/unpd/wpp/2008/index.htm)> y bases de datos mundiales de UNICEF.
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Progreso para la infancia: Lograr los ODM con equidad, no. 9, UNICEF, Nueva York; 2010; y Tablas Estadísticas 1–10, págs. 88–129.
19. Conde-Agudelo, A., J. M. Belizán y C. Lammers, 'Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin American Crosssectional study', American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 192, no. 2; febrero de 2005, págs. 342–349
20. Fraser A.M, Brockert J.E, Ward R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med. 27 de abril de 1995;332(17):1113-7.
21. Herman-Giddens M.E, Slora E.J, Wasserman R.C, Bourdony C.J, Bhapkar M.V, Koch G.G, et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network. Pediatrics. Abril de 1997;99(4):505-12.
22. Valenzuela C.Y: Pubertal origin of the larger sex dimorphism for adult stature of a Chilean population. Am J Phys Anthropol 1983; 60: 53-60
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Inf. Estado mundial de la infancia de 2014 en cifras: Todos los niños y niñas cuentan [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: UNICEF; 2014 ene. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/estado\\_mundial\\_de\\_la\\_infancia\\_2014.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/estado_mundial_de_la_infancia_2014.pdf)
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres, UNICEF, Nueva York; noviembre de 2009, págs. 12–14.
25. Satoshi H. C. Asociación de talla baja de la gestante con riesgo de parto pretérmino [Internet] [Tesis]. [Trujillo, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/495/1/HIRAKATA\\_C%C3%89SAR\\_TALLA\\_BAJA\\_GESTANTE\\_PRET%C3%89RMICO.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/495/1/HIRAKATA_C%C3%89SAR_TALLA_BAJA_GESTANTE_PRET%C3%89RMICO.pdf)
26. Guerrero M, Ocampo J, Zapata M, Yépez E. Determination of Anterior Pelvic Index (API) to Predict a Narrow Pelvis in Adolescent Girls. International Journal of Morphology. Septiembre de 2016;34(3):1158-63. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0717](http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717)
27. Malán G. C. Propuesta de Intervención Educativa Sobre el Embarazo en Adolescentes, Colegio Aurelio Guerrero, Archidona. 2015 - 2016. [Internet] [Tesis]. [Riobamba - Ecuador]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5895/1/10T00143.pdf>
28. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra via Medicina. Agosto de 2001; 107:11-23.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Internet]. 2014. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/menurecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/menurecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
30. Restrepo O, Díaz I, Farías N, Balcázar N, Quintero C, Romero E, et al. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años [Internet]. Bogotá, Colombia: UNFPA; 2014 p. 143. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/bibliotecadigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>
31. Bazán R.M, Villanueva M. K. Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo o planificado en adolescentes - Instituto Especializado Materno Perinatal

- [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/366/1/Bazan\\_rv.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/366/1/Bazan_rv.pdf)
32. Código Civil de la República Islámica de Irán, pág.118; Ministerio de Igualdad de Género y la Infancia, Proyecto de ley sobre cuidado y protección de la infancia, Resumen, Ministerio de Igualdad de Género y la Infancia, Gobierno de la República de Namibia, Windhoek, 2009.
33. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF -Perú: Situación del país - Adolescencia (12 a 17 años) [Internet]. UNICEF. 2013 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_13282.html](https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html)
34. Arechavaleta M, Uzcátegui D, Miranda GM, et al. Embarazo de adolescentes. Rev Obstet Ginecol 1985; 45(2): 89-91.
35. Mathias L, Maia EM, Maia FE, et al. Estudio comparativo entre primigestas adolescentes y primigestas de 18 a 25 años. J Bras Ginecol 1981; 91(2): 89-92
36. Gabral AC, Peixoto R, Miranda S, et al. Gravidez en adolescencia. J Bras Ginecol 1985; 95(6): 251 -3.
37. Cunningham F. G. Leveno K. J, Bloom S. L. Williams Obstetricia. 2006. 2a Edición McGraw-Hill Interamericana Editores. México. 2006
38. Ahued A.J, Lira P.J, Simon P.L. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. Cir Ciruj 2001;69300-3
39. Lira P. J, Oviedo C. H., Control Prenatal En Adolescentes; Evaluación Del Riesgo Materno-Infantil. En Guías De Práctica Clínica. México; Colegio Mexicano De Especialistas En Ginecología Y Obstetricia, A.C. 2008. P.48-86.
40. Salinas M. S, Castro M. M, Fernández O.C. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes [Internet]. Panamá: UNICEF; 2014 p. 85. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo\\_adolescente\\_5\\_0\\_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
41. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. WHO/RHR/1612 [Internet]. 2016; Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
42. Engle W.A. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Age terminology during the perinatal period. Pediatrics. Noviembre de 2004;114(5):1362-4.
43. Axel Paredes V, José Lattus O. Edad de gestación o edad gestacional. Rev Obstet Ginecol- Hosp Santiago Oriente Dr Luis Tisné Brousse. 2016;11(2):88-93.
44. Grand C, López F. Estimación de la edad gestacional: revisión de la literatura. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina. 2014;23(3):138-43.
45. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
46. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima; 2010
47. Rencoret P. G. Embarazo gemelar. Chile: Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 964-971
48. Smith G.C, Pell J.P, Dobbie R. Birth order, gestational age, and risk of delivery related perinatal death in twins: retrospective cohort study. BMJ. 2 de noviembre de 2002;325(7371):1004
49. Bendezú G, Espinoza D, Quispe GB, Román JST, Gutiérrez RMH. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 12 de abril de 2016;62(1):13-8.
50. Ugalde V. D, Hernández J. M., Ruiz R. M, Villarreal R. E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012;77(5):338-41

51. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. Julio de 2000;183(1): S1-22.
52. Ministerio de Salud, Perú. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal [Internet]. Editorial ARTPRINT; 2009. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/planestrateg09.pdf>
53. Ruiz G. Padecimientos infecciosos: Infecciones del tracto genitourinario. En: Fundamentos de interpretación clínica de los exámenes de laboratorio. 1º edición. México: Editorial Panamericana, 2005;161-3.
54. Ovalle A, Levancini M. Urinary tract infections in pregnancy. Curr Opin Urol. Enero de 2001;11(1):55-9.
55. Matuszkiewicz-Rowińska J, Małyszko J, Wieliczko M. Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. Arch Med Sci. 16 de marzo de 2015;11(1):67-77.
56. Alvarez G, Cruz E. J, Garau A, Lens V. Infeccion urinaria y embarazo. Diagnóstico y terapéutica. Revista de Posgrado de la via Cátedra de Medicina. Marzo de 2006; 155:20-3.
57. Vázquez A, Guerra C, Herrera V, De la Cruz F, Almirall AM. Embarazo y adolescencia: factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev cubana Obstet Ginecol 2001; 27:158-64.
58. Monterrosa Castro A, Arias Martínez M. Partos vaginales y operación cesárea en adolescentes. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia [en línea] abril-junio 1999 [fecha de acceso 12 de marzo de 2006];50(2). URL disponible en [http://www.encolombia.com/obstetricia50299\\_investigaciones9.htm](http://www.encolombia.com/obstetricia50299_investigaciones9.htm)
59. Barrios J, Ramos A. Adolescencia y embarazo. Aspectos perinatales y socio-económicos. HMRC. Cartagena, Colombia. Revista Col Obstet Ginecol 1993; 44 (supl 2): 101-106.
60. Fernandez L, Carro P. E, Oses F. D, Perez P. J. Caracterización de la gestante adolescente. Scielo [Internet]. 2004 [citado 26 de marzo de 2017];30(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_abstract&pid=S0138-600X2004000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_abstract&pid=S0138-600X2004000200002)
61. Gonzales G. La adolescencia en el Perú. UPCH. Instituto de Investigaciones de la Altura OMS. Primera Edición. Lima 1994.
62. Salvador J, Maradiegue E. Gestación en adolescentes. Hospital Nacional Cayetano Heredia 94. Ginecol Obstet Perú 1995; 41(3)
63. Santaaulalia I. El uso abusivo de cesáreas en América Latina contradice a la OMS | Sociedad | EL PAÍS. El País [Internet]. Edición Europa. 27 de marzo de 2013 [citado 26 de marzo de 2017]; Disponible en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139\\_662271.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139_662271.html)
64. Laureano J, Gil E, Leticia Mejía M, Torre D.L, César A. Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Julio de 2016;62(3):211-20.
65. Osorio A. R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2014 [citado 26 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3570>
66. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):471-9.
67. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en Adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 5 de enero de 2006;52(1):118-23.



68. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica de Chile. Febrero de 2014;142(2):168-74.
69. Prías V. H., Miranda M. C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Vol. 9 (1) - Chía, Colombia. 2009.
70. Tay F., Puell L., Neyra L., Seminario A. Embarazo en Adolescentes: Complicaciones Obstétricas. Ginecol. Obstet. Perú. 1999; 45 (3):179–182.
71. Blanco G. A, Latorre L. F, Osma Z. S, et al. Prevalencia de Partos en la Adolescencia y Factores Asociados en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga(Colombia) 2006. Estudio de Corte Transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2010;61(2):113-20.
72. Saucedo D. M. La Adolescencia, ¿Es un Factor de Riesgo para Cesárea? [Internet] [Tesis]. [Colombia]: Universidad de Colima; 2006. Disponible en: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Marcelo\\_%20Saucedo\\_%20Delgado.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Marcelo_%20Saucedo_%20Delgado.pdf)
73. Albornoz A. L, Reátegui T. N. Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 - 2012 [Internet] [tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3447>
74. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Maternidad en la Adolescencia [Internet]. INEI. Lima; 2014. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1184/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1184/libro.pdf)



## CAPÍTULO VI

## ADENDAS O ANEXOS

## A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

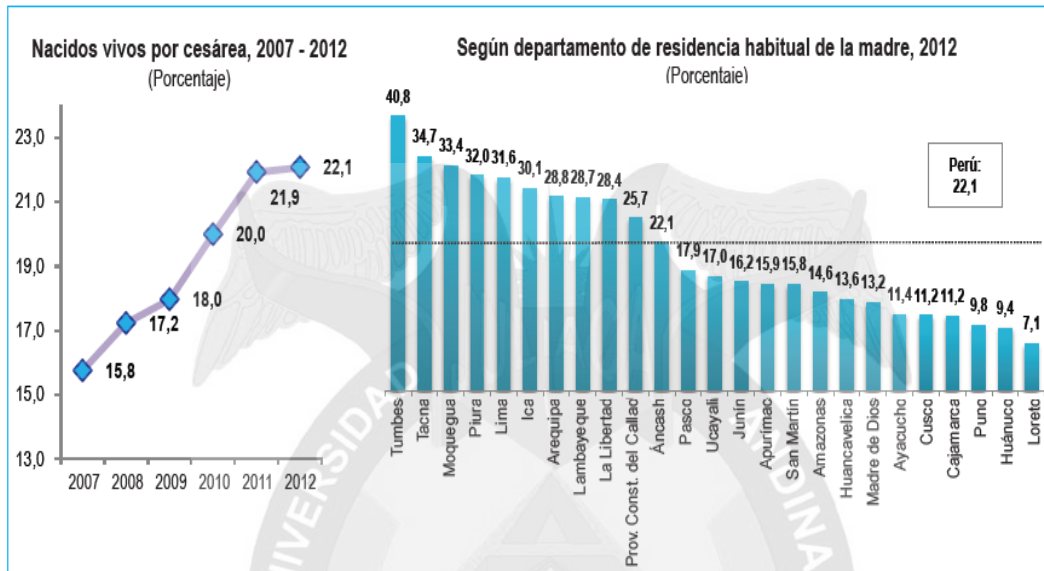
## ANEXO N° 1: FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Edad de la paciente	10 a 14 años	
	15 a 19 años	
Inicio temprano de actividad sexual	Antes de 15 años	
	Después de 15 años	
Estado civil	Soltera	
	Casada	
Talla de la paciente	menor a 145 cm	
	145 cm a más	
Conocimientos en planificación familiar	SI	
	NO	
Conocimientos en educación sexual	SI	
	NO	
Número de controles pre natales	Ninguno	
	Menos de 6	
	De 6 a 8	
	Más de 8	
Edad gestacional	Pre término	
	A término	
	Post término	
Distocias de presentación	Ninguna	
	Presentación podálica	
	Presentación transversa	
Embarazo múltiple	SI	
	NO	
Hipertensión en el embarazo	SI	
	NO	
Infección urinaria	SI	
	NO	
Tipo de parto	Parto vaginal	
	Parto por cesárea	



## ANEXO N° 2: HIJOS VIVOS DE MADRES ADOLESCENTES NACIDOS POR CESÁREA

PERÚ: NACIDOS VIVOS POR CESÁREA, 2007 - 2012



Fuente: Ministerio de Salud: Informe estadístico del nacido vivo.

Elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

## B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES DURANTE LA INVESTIGACIÓN	MESES								
	Oct. 2016	Nov. 2016	Dic. 2016	Ene. 2017	Feb. 2017	Mar. 2017	Abr. 2017	May. 2017	Jun. 2017
Revisión bibliográfica	X	X							
Formulación del proyecto		X							
Presentación del proyecto			X	X	X				
Aprobación del proyecto						X			
Formulación del borrador de tesis							X		
Aprobación del borrador de tesis								X	
Sustentación de tesis									X
Publicación de la investigación									X

**C. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

DESCRIPCION	UNIDAD	PRECIO S/.
Bibliografía e información		200.00
Herramientas de oficina		50.00
USB		30.00
Materiales de impresión		150.00
Recolección de información		200.00
Procesamiento de datos		50.00
Edición corrección de datos		100.00
Empastados		200.00
Otros		100.00
<b>TOTAL</b>		<b>1080.00</b>



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

# INFORME FINAL



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

**UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**"FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE  
QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE PARTO.  
HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO.  
DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017"**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. VALDEIGLESIAS ABARCA, MARÍA PALOMA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**DRA. ROSSANA ELENA REYES SCHULTZ  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**JULIACA – PERÚ  
2017**





**“FACTORES INHERENTES A LA GESTANTE ADOLESCENTE QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE PARTO. HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO. DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017”**

**“INHERENT FACTORS IN ADOLESCENT PREGNANCY WICH INFLUENCE IN THE TYPE OF LABOR. HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO. DECEMBER 2016 TO FEBRUARY 2017”**  
**VALDEIGLESIAS M.**

### RESUMEN

**Objetivo:** Evidenciar cuales son los factores inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico; donde la población estuvo constituida por 138 gestantes adolescentes, la muestra está constituida por el 100% de la población. Se obtuvieron los datos de los archivos electrónicos y registros en los libros de atención del departamento de Ginecología y Obstetricia, se recolectaron los datos en Fichas de Registro de Datos, para el análisis y cruce de datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 22, y se utilizó como prueba estadística el Chi Cuadrado de Pearson. **Resultados:** Se encontró que, el 100% de gestantes adolescentes con una talla de 145 cm o menos tuvo su parto por cesárea. De las gestantes adolescentes que tuvieron distocias de presentación, el 100% tuvo su parto por cesárea. Además, se evidenció que al 100% de las pacientes con embarazos múltiples, se les realizó cesárea. De las gestantes adolescentes que tuvieron hipertensión inducida por la gestación, el 100% tuvo su parto por cesárea. También se demostró que el 78% de gestantes adolescentes, tuvieron su parto por vía vaginal, y al 22%, se les realizó cesárea. **Conclusiones:** Se evidenció que la talla menor o igual a 145 cm con un Nivel de Significancia (N.S): 0.000; las distocias de presentación (N.S: 0.001), a predominio de la presentación podálica; y el embarazo múltiple (N.S: 0.000), así como la hipertensión inducida por la gestación (N.S: 0.000) influyeron significativamente en el tipo de parto. Además, el tipo de parto más frecuente de la gestante adolescente es el parto vaginal.

**Palabras clave:** Adolescente, cesárea, embarazo, parto.



## ABSTRACT

**Objective:** Evidence of the inherent factors in the adolescent pregnancy that influence the type of delivery. **Material and Methods:** An observational, retrospective, transversal and analytical study was carried out; Where the population consisted of 138 adolescent pregnant women, the sample is constituted by 100% of the population. Data were obtained from the electronic files and records in the books of care of the Department of Gynecology and Obstetrics, the data was collected in Datasheet, for analysis and data crossing was used the statistical program SPSS in it's version 22, and the Pearson's Squared Chi test was used as the statistical test. **Results:** It was found that 100% of pregnant women with a size of 145 cm or less had cesarean delivery. Of the adolescent pregnant women who had dystocia presentation, 100% had cesarean delivery. In addition, it was shown that 100% of the patients with multiple pregnancies had cesarean sections. Of the adolescent pregnant women who had pregnancy induced hypertension, 100% had cesarean delivery. It was also shown that 78% of pregnant adolescent had vaginal delivery, and 22% had cesarean delivery. **Conclusions:** It was evidenced that the size less than or equal to 145 cm with a Significance Level (N.S): 0.000; The presentation dystocia (N.S: 0.001), to predominance of the breech presentation; And multiple pregnancy (N.S.: 0.000), as well as pregnancy induced hypertension (N.S.: 0.000) significantly influenced the type of delivery. In addition, the most frequent type of delivery of the adolescent pregnant is vaginal delivery.

**Key words:** Adolescent, cesarean section, pregnancy, parturition.



## INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años se ha observado un aumento creciente de la frecuencia de embarazos en adolescentes, 15 millones de mujeres adolescentes paren cada año en el mundo, números que representan la quinta parte de todos los nacimientos (1).

Un estudio que se realizó en América Latina muestra que las niñas que dan a luz antes de los 16 años tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que las mujeres mayores de 20 años; y una de las principales causas de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años de todo el mundo son las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y el parto (2). Además, se encuentra una relación entre el tipo de parto con la edad de la madre, y hay una mayor predisposición a cesáreas mientras menor es la edad.

La primigestación asociada a talla baja es otro factor que determina un mayor número de cesáreas por DCP. Liu en un trabajo realizado en el Hospital Belén de Trujillo encuentra que la talla materna baja (<145 cm) está asociada a una mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, por tener estas pacientes mayor predisposición a desarrollar, desproporción feto pélvica (3).

La literatura determina además, que las distocias de presentación y el embarazo múltiple predisponen a la gestante a la realización de cesáreas; las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, establecidas por el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, establecen que todo parto podálico y transversal debe ser atendido mediante cesárea programada a partir de las 37 semanas (4); por otro lado, en cuanto a embarazos múltiples, la mortalidad perinatal es 4 veces mayor en los embarazos dobles que en los únicos; habiéndose demostrado mayor morbilidad del segundo gemelo, y se cree que esta diferencia puede ser corregida por la cesárea (5).

Por otro lado, las patologías maternas que ocurren durante la gestación pueden determinar el tipo de parto al que se verá sometida la paciente, ante esto, Cunningham, Leveno, Bloom y otros en su libro Obstetricia de Williams establecen

que los trastornos hipertensivos complican el 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la tríada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas (6).

**Hipótesis:** Los factores inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto atendido en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017, son: Los factores personales y obstétricos.

**Objetivo:** Evidenciar cuales son los factores inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, estudiados entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.

**Conclusiones:** Los factores personales, los factores obstétricos y las patologías durante el embarazo, influyen significativamente en el tipo de parto de la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, entre los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se trata de un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, que se encuentra dentro de la línea de "Embarazo adolescente", y pertenece al cuarto nivel, de tipo causal explicativa. La población en estudio estuvo representada por 138 gestantes adolescentes que acudieron al Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco para la atención de su parto. Y la muestra, es igual al 100% de la Población.

## RESULTADOS

En cuanto a la talla se observó que de las 7 gestantes adolescentes con una talla de 145 cm o menos, el 100% de ellas tuvo su parto por cesárea, y de las 131 gestantes adolescentes con una talla superior a 145 cm, el 82% tuvo su parto por vía vaginal y 18% por cesárea. **(Ver tab. 1)**





Al estudiar los factores obstétricos, se estudiaron a las 138 pacientes, encontrándose que, de las 134 gestantes adolescentes que no tuvieron distocias de presentación, el 80% tuvo su parto por vía vaginal y el 20% tuvo su parto por cesárea; y de las 4 gestantes adolescentes que tuvieron presentación podálica y transversa, el 100% de ellas tuvieron su parto por cesárea. **(Ver tab. 2)**

Por otro lado, en cuanto al embarazo múltiple, de las 4 gestantes adolescentes que tuvieron embarazos múltiples, se evidenció que el 100% tuvo su parto por cesárea, y de las 134 gestantes adolescentes que tuvieron embarazos únicos, el 80% tuvo su parto por vía vaginal y el 20% tuvo su parto por cesárea. **(Ver tab. 3)**

Al estudiar la influencia de las patologías durante la gestación en el tipo de parto de la gestante adolescentes, se evidenció que de las 5 gestantes adolescentes que tuvieron hipertensión inducida por la gestación, el 100% de ellas tuvieron su parto por cesárea, y de las 133 gestantes adolescentes que no tuvieron hipertensión inducida por la gestación, el 80% de ellas tuvo su parto por vía vaginal y el 20% por cesárea. **(Ver tab. 4)**





TABLA 1. INFLUENCIA DE LA TALLA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO

TALLA	TIPO DE PARTO					
	PARTO VAGINAL		CESÁREA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>MENOR O IGUAL A 145 CM.</b>	0	0%	7	100%	7	100%
<b>MAYOR A 145 CM.</b>	107	82%	24	18%	131	100%
<b>TOTAL</b>	107	78%	31	22%	138	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. **Elaboración:** Propia.**Chi<sup>2</sup>c: 25.452****N.S: 0.000**



**TABLA 2. INFLUENCIA DE LAS DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN	TIPO DE PARTO					
	PARTO VAGINAL		CESÁREA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
NINGUNA	107	80%	27	20%	134	100%
PRESENTACIÓN PODÁLICA	0	0%	3	100%	3	100%
PRESENTACIÓN TRANSVERSA	0	0%	1	100%	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>78%</b>	<b>31</b>	<b>22%</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. **Elaboración:** Propia.

**Chi<sup>2</sup>c:14.219**

**N.S: 0.001**



**TABLA 3. INFLUENCIA DEL EMBARAZO MÚLTIPLE DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

EMBARAZO MÚLTIPLE	TIPO DE PARTO				TOTAL	
	PARTO VAGINAL		CESÁREA			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	0	0%	4	100%	4	100%
NO	107	80%	27	20%	134	100%
TOTAL	107	78%	31	22%	138	100%

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos. **Elaboración:** Propia.

**Chi<sup>2</sup>c:14.219**

**N.S: 0.000**



**TABLA 4. INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR LA GESTACIÓN DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL TIPO DE PARTO**

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR LA GESTACIÓN	TIPO DE PARTO				TOTAL	
	PARTO VAGINAL		CESÁREA			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	0	0%	5	100%	5	100%
NO	107	80%	26	20%	133	100%
TOTAL	107	78%	31	22%	138	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. **Elaboración:** Propia.

**Chi²c: 17.907**

**N.S: 0.000**

## DISCUSIÓN

una mayor incidencia de parto por cesárea, tanto en nulíparas como en múltiparas (3). A pesar de haber encontrado que a menor edad hubo mayor frecuencia de cesáreas, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, por lo que la edad de las pacientes no tuvo influencia en el tipo de parto, contrario a lo establecido por Schwarcz, donde se establece que una primiparidad precoz, antes de los 17 años, supone un mayor riesgo de mortalidad materna y fetal, debido a que en el parto suelen sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y originarse también anomalías de la contracción incluso durante el alumbramiento (5).

Con respecto a los factores obstétricos, evidenciamos que aquellos que una influencia significativa en el tipo de parto, fueron las distocias de presentación y el embrazo múltiple, como establecen las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, del Instituto Nacional Materno Perinatal que dicen que, todo parto podálico y transversal deben ser atendidos mediante cesárea programada a partir de las 37 semanas (4). Y como establecen Schwarcz, Fescina y Duverges quienes postulan el beneficio de la cesárea versus el parto normal, pues se ha demostrado mayor morbilidad del segundo gemelo, y se cree que esta diferencia puede ser corregida por la cesárea (5).

Además, la patología durante el embarazo de la gestante adolescente que tuvo influencia significativa en el tipo de parto fue la hipertensión inducida por la gestación. Demostrándose en este estudio, que las pacientes que cursaron con dicha patología tuvieron una culminación de sus embarazos por cesárea, hecho corroborado por el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú, que establece que, en los casos de hipertensión inducida por la gestación, debe procederse a terminar el embarazo de inmediato por la vía de parto más rápida, independientemente de la edad gestacional. Solo debe permitirse el parto vaginal si se encuentra en trabajo de parto y se considera que el parto puede ocurrir en tiempo no mayor a 1 hora (4).





Por otro lado, se demostró que el tipo de parto más frecuente en la gestante adolescente atendida en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, fue el parto vaginal con un 78% de las pacientes en contraposición al parto por cesárea con un 22% de las pacientes.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez C. L. Sexualidad y embarazo adolescente en México [Internet]. Redalyc.org. 2003 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11203511.pdf>
2. Conde-Agudelo, A., J. M. Belizán y C. Lammers, 'Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin American Crosssectional study', American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 192, no. 2; febrero de 2005, págs. 342–349
3. Guerrero M, Ocampo J, Zapata M, Yépez E. Determination of Anterior Pelvic Index (API) to Predict a Narrow Pelvis in Adolescent Girls. International Journal of Morphology. Septiembre de 2016;34(3):1158-63. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0717](http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717)
4. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima; 2010.
5. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
6. Cunningham F. G. Leveno K. J, Bloom S. L. Williams Obstetricia. 2006. 2a Edición Mcgraw-Hill Interamericana Editores. México. 2006